

“Cada família é mais ou menos feliz ou infeliz à sua própria maneira. Acredito que todas as famílias têm potencialidades de crescimento e bem-estar. Há, contudo, certos momentos das suas vidas em que é impossível activarem, sem ajuda, essas competências.”

Ana Paula Relvas (1998)

Ao Manuel, ao Daniel e a todos os que não me deixaram desistir mesmo nos momentos onde experimentei a negação de mim própria em chegar até aqui.

Agradeço igualmente ao Prof. Luís Nabais e ao Prof. Jordão Abreu que durante o tempo interrompido e opaco foram sempre estímulo e nunca desistiram de mim.

LISTA DE SIGLAS

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

PNB - Produto Nacional Bruto

PNRPLA – Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

PNS – Plano Nacional de Saúde

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

WDT - World Drink Trends

WHO – World Health Organization

RESUMO

A dependência de álcool, no seio da família, tem repercussões no seu funcionamento e estrutura podendo gerar no indivíduo/família tensão e processos de adaptação. Com vista à promoção da saúde da família da pessoa com dependência de álcool, destacam-se as intervenções especializadas do enfermeiro de saúde mental nos cuidados colaborativos com a família. Constitui-se objetivo deste relatório de estágio: fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental na realização de intervenções com a família da pessoa dependente de álcool. O estágio realizou-se numa equipa multidisciplinar de uma Unidade de Alcoologia da região de Lisboa. A avaliação familiar e as intervenções delineadas tiveram como referencial teórico e operativo o Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar. Os resultados obtidos sugerem que a intervenção do enfermeiro de saúde mental com a família da pessoa com dependência de álcool tem ganhos na saúde familiar que se manifestam por mudanças ocorridas no funcionamento familiar.

PALAVRAS CHAVE: Família; Dependência de Álcool; Intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

ABSTRACT

Alcohol dependence within the family has repercussions on the functioning and structure, potentiating on the individual / family, stress and adaptation processes. In order to promote the health of the family of the person with alcohol dependence, this study highlights the specialist work of the mental health nurse in collaborative care with family. The main objective of this final paper report is: support the acquisition and development of skills of the specialist mental health nurse in conducting interventions with the family of the person dependent on alcohol. This stage has been conducted within a multidisciplinary team of a Alcoholology unit in the Lisbon region. The family assessment and interventions were outlined as a theoretical framework and operating the Dynamic Model of Family Assessment Intervention. The results suggest that the intervention of mental health nurse with the family of the person with alcohol dependence have gains in family health manifested by changes in family functioning and behavior.

KEYWORDS: Family; Alcohol Dependence; Intervention of Mental Health Nurse; Dynamic Model of Family Assessment Intervention;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1.O impacto da dependência de álcool na família	14
1.2 A dependência de álcool na dinâmica familiar	19
1.3 Regularidades na família da pessoa com dependência de álcool.....	23
1.4 A importância de intervenções familiares	30
1.5 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.....	32
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	38
2.1 Problemática	38
2.2 Participantes.....	41
2.3 Instrumentos e técnicas utilizadas	43
2.4 Procedimentos	47
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES.....	51
3.1 Apresentação e resultados da Intervenção Unifamiliar	51
3.2 Apresentação da Intervenção Multifamiliar	59
3.3 Análise centrada no desenvolvimento de competências.....	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Diário emocional	
APÊNDICE II – Grelha de observação do grupo multifamiliar	
APÊNDICE III – Apresentação do projecto de estágio	
APÊNDICE IV – Planeamento das sessões de família	
APÊNDICE V – Plano de cuidados da família	
APÊNDICE VI – Plano do grupo multifamiliar	
ANEXOS	
ANEXO I – Matriz Operativa do MDAIF	
ANEXO II – Escala de Graffar adaptada	
ANEXO III – Escala de readaptação social de Holmes e Rahe	
ANEXO IV – Escala FACES II	
ANEXO V – Escala APGAR familiar de Smilkstein	
ANEXO VI – Questionário de auto-avaliação familiar	

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio sobrevém como objeto de avaliação no âmbito da obtenção do grau de Mestre e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011; Despacho nº 1345/2010 de 20 de janeiro). É um relato da concretização do projeto de estágio ocorrida entre 1 de outubro de 2012 e 15 de fevereiro de 2013, numa equipa multidisciplinar de uma unidade de alcoologia da região de Lisboa. Com a apresentação deste relatório pretende-se revelar, esclarecer e fundamentar o percurso concretizado com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros e que segundo o artigo 4º, nº 1 do Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro, são as seguintes:

- “a) Detém um elevado conhecimento de si enquanto enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
 - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos, e comunidade na optimização da saúde mental;
 - c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
 - d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”
- (p.4-8)

O estágio na sua globalidade teve como finalidade Intervir com a família no âmbito da dependência de álcool e foi norteadado pelo seguinte objetivo geral: desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde mental, ao nível da prestação de cuidados à família da pessoa com dependência de álcool. Para a consecução deste objetivo foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: 1) promover processos de auto-conhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da prestação de cuidados à família da pessoa dependente de álcool; 2) treinar a concepção e aplicação do plano de cuidados especializado e individualizado de enfermagem de saúde mental, à família, no âmbito

da dependência de álcool e 3) experimentar intervenções de âmbito psicoterapêutico pertinentes para a prestação de cuidados à família da pessoa dependente de álcool.

A temática que lhe foi relacionada: "Família um lugar ao desafio - Intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental com a Família da Pessoa com Dependência de Álcool", é reveladora da pertinência da intervenção neste âmbito, pois a dependência de álcool é um grave problema de saúde pública que está associado à existência de problemas familiares (Mello, Barrias e Breda, 2001). Num estudo publicado por Semedo et al. (2012) 50% dos inquiridos mencionam que o álcool tem uma influência extremamente negativa no funcionamento global da família e 25% das pessoas com dependência de álcool encaram os problemas familiares como a principal causa que despoletou o consumo excessivo de álcool. A magnitude deste problema torna-se premente se pensarmos que existem cerca de 750.000 indivíduos dependentes do álcool em Portugal (Marinho, 2008).

Tendo como pano de fundo a aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e a temática e objetivos associados ao trabalho é importante, referir e reforçar a escolha efetuada relativamente do local de estágio. A escolha da unidade de alcoologia relacionou-se com a sua riqueza em termos de campo privilegiado de cuidados à pessoa e família no âmbito da dependência de álcool. Neste contexto pretendi adquirir, para depois transportar, as aprendizagens efetuadas e possibilitar a afirmação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de uma forma sólida e estruturada.

As unidades de alcoologia são unidades de cuidados suscetíveis de, por via da sua experiência e da especialização das suas equipas, poderem garantir um acompanhamento global clínico, psicológico e social ao indivíduo dependente e sua família. Têm como missão prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com diagnóstico de *abuso* ou *dependência de álcool*, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação¹.

¹www.idt.pt

De acordo com o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que define, no artigo 4º, do despacho nº 2976/2014 do Diário da República, 2ª série nº 37 de 21 de fevereiro de 2014, as unidades de alcoologia serão brevemente integradas em instituições hospitalares, no âmbito do desenvolvimento do Programa Nacional para a Saúde Mental, cujo instrumento fundamental se corporiza no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

Esta nova reestruturação que as unidades de alcoologia vão comportar e que visa a integração completa das mesmas na área da saúde mental, deve-se ao fato do reconhecimento que os problemas relacionados com o consumo nocivo e a dependência de álcool constituem importantes problemas de saúde pública. Com múltiplas associações com perturbações de saúde mental, tendo determinantes comuns em ambas as problemáticas, assumindo claramente que a dependência de álcool é e induz perturbações do comportamento e como tal é classificada como parte integrante das perturbações na esfera da saúde mental. (Diário da Republica, despacho nº 3250/2014 de 27 de fevereiro 2014). Raistrick *et al.* (2006) citados no PNRPLA 2010-2012 (2011), afirmam que a co-morbilidade psiquiátrica é frequente entre os consumidores de álcool problemáticos: até 80% para distúrbios neuróticos; até 50% para distúrbios de personalidade e até 10% para muitas outras patologias psiquiátricas.

A equipa multidisciplinar desta unidade é composta por: enfermeiros, médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais e técnicos administrativos. Dispõe de intervenções terapêuticas diversificadas como consultas com o gestor de caso, consultas médicas e de enfermagem de pré-internamento e psicoterapias individuais ou de grupo. Existem também programas estruturados de psicoterapia de grupo: um de acompanhamento de utentes após a alta do internamento, um programa de tratamento intensivo e um programa de prevenção da recaída. Estes programas têm como objetivo o desenvolvimento de um projeto terapêutico para cada utente, que visa sobretudo a prevenção da recaída, a reabilitação e a reintegração social e profissional, alguns deles com o envolvimento da família e de outros agentes da comunidade.

As atividades de enfermagem são, sempre que necessário, desenvolvidas em articulação com a restante equipa multidisciplinar. Resumidamente, englobam em contexto de ambulatório: consultas de pré-internamento para o cliente/família proposto para internamento; avaliações de deteção de substâncias psicoativas e reuniões de formação com profissionais da equipa multidisciplinar da unidade. No contexto de Internamento, as atividades relacionam-se com processo de recuperação do cliente, (intervenção individualizada ao cliente/ grupo de clientes/ família). O enfermeiro avalia o estado físico mental; despista sintomatologia (de abstinência, psíquica e física); realiza rigorosa monitorização do doente por risco de convulsão e *delirium tremens*; administra terapêutica e avalia o seu efeito; estimula a autonomia nas suas atividades de vida diárias; efetua sessões de educação para a saúde; sessão de relaxamento, entre outras atividades terapêuticas, informa sobre a patologia e suas consequências e presta apoio emocional com base na escuta ativa.

A evidência científica sugere a realização de intervenções familiares, com enfoque central na família destacando a abordagem à dependência de álcool segundo uma perspetiva familiar, como forma a reduzir os problemas que a dependência de álcool ocasiona nas famílias. Intervenções de apoio e ajuda às famílias de pessoas com consumo problemático de álcool resultam numa melhoria do funcionamento familiar e da sua eventual patologia psiquiátrica (PNPRPLA, 2011).

A principal variável que influencia a adaptação da família à dependência de álcool, é a própria complexidade do sistema familiar, para o qual é necessário dirigir-se especial atenção, considerando sobretudo as seguintes propriedades: globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe conferem uma organização única. Assim os cuidados de enfermagem centrados na família enquanto cliente e unidade de intervenção, devem ser regidos por uma abordagem sistémica em que o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (OE, 2011).

Neste contexto, surgiu a escolha do *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar* (MDAIF), proposto por Maria Henriqueta Figueiredo (2009, 2012) como referencial teórico. Esta opção prendeu-se por contemplar o *pensamento sistémico* como referencial epistemológico mas também pela cariz dinâmica deste modelo, que pretende ser interativo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança.

Segundo a OE (2011) o MDAIF reconhece a complexidade do sistema familiar, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo que promove a potencialização das suas forças, recursos e competências. Em dezembro de 2011 o MDAIF foi adoptado como referencial teórico e operativo em enfermagem de saúde familiar (OE, 2011). Por esta conjugação de fatores foi o modelo escolhido como orientador dos cuidados de enfermagem com a família e guia para a tomada de decisão. Wright & Leahey (2009), referem que, quando não existe um modelo concetual é particularmente difícil o agrupamento de dados díspares e analisar os relacionamentos entre múltiplas variáveis que apresentam impacto na família. Figueiredo (2009) concorda com as autoras ao afirmar que a intervenção de enfermagem com as famílias requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a avaliação como para a intervenção, pois os modelos conceptuais estabelecem um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre a família. A mesma autora salienta que os modelos devem permitir a flexibilização dos contextos, de forma que a intervenção seja caracterizada pela promoção da mudança que implique um funcionamento efetivo do sistema familiar.

A intervenção de enfermagem especializada segundo o referencial teórico do MDAIF implica uma avaliação inicial da família seguida de uma intervenção centrada na família e pautada por cuidados colaborativos com a mesma, que promovam a potencialização das suas forças, recursos e competências. Constituem-se como estratégias chave para a intervenção com família da pessoa dependente de álcool: uma avaliação da mesma, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de priorizar problemas identificados e definir diagnósticos de enfermagem; estabelecer com a família os principais objetivos de mudança e direccionar as intervenções no sentido do com vista a restaurar a saúde familiar. Como técnica chave para esta intervenção destaca-se o *questionário sistémico*, mobilizando questões circulares e reflexivas facilitadoras da co-construção de novas narrativas, possibilitando mudanças concretas no funcionamento familiar. O papel do enfermeiro no decorrer da intervenção familiar deve ser encarado como facilitador na co-construção de soluções enfatizando as capacidades da família na resolução dos seus próprios problemas.

A metodologia utilizada para a composição deste relatório de estágio foi metodologia de trabalho de projeto, que compõe a descrição e análise reflexiva do percurso efetuado, fundamentadas pela pesquisa da literatura científica, pelo raciocínio clínico de enfermagem subjacente ao próprio MDAIF.

Este documento, está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo, provém do enquadramento teórico da pesquisa da literatura associada à temática da dependência e do MDAIF como referencial teórico. O segundo capítulo, explora as escolhas do percurso efetuado e as opções metodológicas relativas à intervenção do enfermeiro de saúde mental na família da pessoa com dependência de álcool, em contexto unifamiliar e multifamiliar. O terceiro capítulo, procede à descrição do desenvolvimento de competências e das intervenções no contexto de estágio, com a apresentação e análise dos resultados, realizando-se as considerações finais dos mesmos no quarto capítulo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este primeiro capítulo irá enquadrar a pesquisa associada à temática da dependência de álcool e da sua relação com a família, bem como a apresentação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, como referencial teórico na compreensão e intervenção na família da pessoa com dependência de álcool.

1.1.O impacto da dependência de álcool na família

Apesar da sua ampla aceitação social, o álcool, como substância psicoativa, apresenta critérios de perigosidade, quer pela grave dependência física e psicológica que provoca, quer pelos efeitos negativos sobre a saúde em geral, quando consumido em excesso (Edwards, Marshall e Cook, 2005). Existe assim uma vulnerabilidade do indivíduo, perante um conjunto de fatores individuais, em jogo com parâmetros situacionais e sociais, conferindo ao álcool o papel de agente patogénico para indivíduos e grupos (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Centrando no termo a *dependência de álcool*, o mesmo tem conduzido ao aparecimento de uma multiplicidade de definições, todas elas com o objetivo de esclarecer os vários significados desta problemática ancestral. A Classificação *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV TR) da *American Psychiatric Association* (2002), denomina-a de dependência de álcool dizendo tratar-se de uma perturbação relacionada com a substância álcool, já a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1999 adopta a nomenclatura *síndrome de dependência do álcool* visto consistir num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Ambas as classificações Internacionais convergem quanto à formulação do diagnóstico expressando que é realizado pela experiência de três ou mais dos seguintes sintomas, nos últimos 12 meses: forte desejo e compulsão para consumir, dificuldades de controlo no consumo, síndrome de abstinência, tolerância, negligência progressiva de várias áreas da vida e persistência nos consumos apesar das consequências adversas (*idem*). Na recente DSM-V, o conceito de dependência caiu em desuso, e o termo agora sugerido é o de *perturbações por uso de substâncias*, que aquando da identificação do diagnóstico, terá de ser definida a substância consumida (DSM-V,

2013). No entanto na prática clínica continua a usar-se os termos síndrome de dependência alcoólica, dependência de álcool ou ainda alcoolismo.

A dependência de álcool corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool (OMS, 1992). Trata-se de uma doença que causa sofrimento físico e psicológico, afetando o próprio e aqueles que lhe são próximos. Caracteriza-se por uma evolução progressiva e que não tem cura, ou seja, mesmo após grandes períodos de abstinência não é possível voltar a beber sem se descontrolar. Segundo Mcqueen (2004) citado no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) de 2010-2012 (2011), trata-se de uma doença primária, crónica, em que o desenvolvimento e manifestações são influenciados por fatores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais; a doença é frequentemente progressiva e fatal; caracteriza-se por uma perda de controlo do consumo, permanente ou temporária, com o uso de álcool apesar das consequências negativas e acompanha-se de distorções cognitivas, com particular realce para a negação.

Tendo em conta os danos associados ao consumo de álcool, deve-se também à OMS a definição de Problemas Ligados ao Álcool (PLA), ou, simplesmente, problemas de álcool como uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências que atingem não só o bebedor mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultarem de episódios agudos de um consumo excessivo ou de um prolongado (Mello, Barrias e Breda, 2001). Os mesmos autores ressaltam que o vasto leque dos PLA, a nível individual (saúde física e mental), familiar, ocupacional (trabalho) e comunitário, tornam o consumo de álcool num grave problema de Saúde Pública.

A dimensão deste problema é de tal forma extenso que estima-se que, em todo o mundo, cerca de 2000 milhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, e destas cerca de 76 milhões possuem perturbações diagnosticadas relacionadas com o uso de álcool (Ferreira-Borges e Filho, 2008). Na atualidade, a União Europeia é o continente com a maior taxa de consumo do mundo, 2,5 vezes mais que a média global,

concretamente 23 milhões de europeus (5% de Homens, 1% de Mulheres) são dependentes do álcool (WHO, 2012).

De acordo com o *World Drink Trends* (WDT, 2005), no ano de 2003, em Portugal o consumo *per capita* de álcool era um dos mais elevados do mundo (ocupava o 8º lugar do *ranking* do consumo mundial), estimando cerca de 9,6 litros de etanol. Ainda de acordo com WDT (2005) cerca de 10,3% da população portuguesa com idade superior a 15 anos é dependente alcoólica (800.000 alcoólicos) e 13,7% é bebedora excessiva (1.000.000). Dados da OMS, relativos a 2005, espelham a mesma tendência, mantendo-se Portugal nos lugares cimeiros dos maiores consumidores de álcool a nível mundial com um consumo *per capita* de 12,45 Litros (WHO, 2011). De acordo com os dados estatísticos apresentados no Congresso Nacional de Alcoologia de 2010 estimava-se que existiam mais de 600.000 pessoas em situação de dependência alcoólica. Esta realidade foi também retratada pela Direcção Geral de Saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 que revelava, na altura em que foi elaborado, a existência de, pelo menos 580.000 doentes com dependência de álcool, existindo uma comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente perturbações depressivas (DGS, 2004, p.83-85).

As consequências negativas do consumo de álcool são vastas e atingem não só aquele que bebe mas também terceiros. A nível mundial o álcool é a causa de cerca de 2.5 milhões de mortes por ano, ou seja 4%, atingindo um nível superior às mortes causadas por VIH/SIDA, violência ou tuberculose (WHO, 2011). O consumo de álcool é responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras (Madeline, 2008). É também referido como o terceiro fator de risco para situações de doença e incapacidades (WHO, 2011). Ainda no que se refere à mortalidade, o álcool é responsável por cerca de 195.000 mortes por ano na União Europeia (WHO, 2012). Uma avaliação externa ao PNS, realizada pela OMS, defende que é improvável que o indicador "consumo de álcool" se aproxime das metas do PNS, apesar dos problemas ligados ao álcool se revelarem um importante problema de Saúde Pública (WHO, 2010).

Tendo em conta a importância deste problema, há que considerar também as suas consequências nas mais diversas partes do organismo, nomeadamente, o aparelho

digestivo podendo provocar glossites, esofagites, gastrites, síndrome de má absorção intestinal (Mell, Barrias, & Breda, 2001), úlceras péptica, varizes no esófago, pancreatites agudas e crónicas, hepatite alcoólica, esteatose, cirrose e cancro do fígado (Marinho, 2008). No sistema cardiovascular poderá despoletar trombocitopénia, alterações nos glóbulos brancos, anemia, hipertensão arterial e miocardiopatia (Marinho, 2008). No sistema locomotor poderá ser responsável por osteopenia, osteomalácia e osteoporose e miopatias com frequentes queixas de cansaço muscular, mialgia, câibras e atrofia (Mell, Barrias, & Breda, 2001). A OMS considera o álcool um agente carcinogénico, podendo provocar cancro do esófago, faringe, boca, laringe, fígado, pâncreas, da mama e do colón (Marinho, 2008). A impotência sexual afecta 25% dos alcoólicos, tal como poderá provocar infertilidade, e quando consumido durante a gravidez pode provocar *síndrome alcoólica fetal* que provoca atraso mental, cardiopatia e alterações faciais no feto.

A dependência do álcool leva a um comprometimento do hemisfério direito nomeadamente nos lóbulos corticais e pré-frontais, que estão relacionados com as capacidades afectivas e emocionais. Assim, a habilidade de compreender as emoções, nos clientes com dependência alcoólica, encontra-se prejudicada, o que leva a erros de julgamento e perdas de informação importante ao longo de interacções sociais (Almeida, Pasa & Scheffer, 2009). O álcool é também um agente depressor do sistema nervoso, nomeadamente do cérebro e do cerebelo, provocando inúmeras patologias do foro mental, como supramencionado. Segundo Lima et. al (2010) a depressão e o alcoolismo são duas patologias que se encontram frequentemente associadas, e o risco de suicídio em indivíduos com depressão e com história de dependência alcoólica é 59% mais alto do que nos restantes sem dependência. Os mesmos autores referem ainda que pessoas com dependência de álcool têm tendência a realizar tentativas de suicídio seis vezes mais que a população geral (Lima et al., 2010).

O abuso do álcool tende a criar problemas de atenção, memória, visão e de noção espacial, isto provoca alterações no comportamento como a desinibição, o aumento da agressividade, a perda do controle dos impulsos e a euforia. Estas consequências levam acidentes de carro; homicídios; suicídios; quedas; queimaduras e afogamento (Almeida, Pasa. & Scheffer, 2009). O consumo do álcool é etiologia de 40% das mortes

por acidentes de viação em Portugal (Marinho, 2008). Segundo a *European Transport Safety Council* (1999) citada por Rui Marinho (2008) a União Europeia destaca que 10.000 vidas poderiam ser salvas caso não existisse a condução sob o efeito do álcool. Considerar esta realidade, é ao mesmo tempo reconhecer que o consumo de álcool possa ser responsável também por consequências em relação à esfera social, que engloba a vida profissional e escolar do indivíduo, com perda de produtividade, absentismo no trabalho, dificuldades de aprendizagem, mau rendimento escolar, falta de assiduidade escolar e consequentemente insucesso escolar.

Todas as consequências apresentadas valem também pelo impacto que possam ter não só no indivíduo como nos vários elementos da família, considerando por isso a importância de ter presente esta realidade. A dependência alcoólica afecta não só o próprio indivíduo dependente como a própria família, e as consequências do consumo de álcool atingem não só o consumidor, mas também a família (Mello, Barrias & Breda, 2001). Actualmente é defendido e comprovado que uma das primeiras implicações negativas que se instalam na presença de uma dependência alcoólica é a disfunção familiar (Garcia, 2002). Há ainda autores que afirmam que o álcool é a substância mais prejudicial para o bom funcionamento familiar (Almeida, Pasa & Scheffer, 2009). É reconhecido um grande impacto na família de consumidores de álcool, visto que a família é um sistema dinâmico onde a incapacidade de um membro afecta os restantes (Miranda *et al.*, 2006).

Num estudo levado a cabo por Paiva *et al.* (2009) concluiu-se que os familiares sofrem com a condição de dependência química do seu familiar e manifestam esse sofrimento através de sentimentos como o medo e a culpa e comportamentos como cuidado/controle, desconfiança e mudanças no estilo de vida. Assim, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas assume um grande impacto sobre a família do doente alcoólico (Edwards *et al.*, 2005). Num outro estudo publicado por Semedo *et al.* (2012) 50% dos inquiridos mencionam que o álcool tem uma influência extremamente negativa no funcionamento global da família e 25% das pessoas com dependência de álcool encaram os problemas familiares como a principal causa que despoletou o consumo excessivo de álcool. O'Farrel (1992) refere que a nível comportamental, o consumo desperta comportamentos agressivos como violações, aumento de acidentes, sexo

desprotegido e 40 a 70% dos casos de violência doméstica. O mesmo autor diz ainda que estudos científicos revelam que mais de um terço dos alcoólicos a receber tratamento citam o conflito conjugal como um dos principais problemas causados pela dependência de álcool (O'Farrel, 1992). Siiger & Graarup (2013) afirmam que as crianças de pais dependentes do álcool têm experiências traumáticas relacionadas com a agressão, o abuso e a negligência, sendo mais predisponentes a sofrerem de problemas de saúde mental. Segundo os mesmos autores estas crianças também têm uma predisposição para, no futuro, serem dependentes desta substância (Siiger & Graarup, 2013).

1.2 A dependência de álcool na dinâmica familiar

A palavra família deriva do latim, cuja origem é "*familus*", tendo como significado servidor. Normalmente, atribuímos o nome de família a um conjunto de pessoas ligadas, afectivamente e/ou por laços de sangue, que coabitam, em que cada uma tem um papel, e se relacionam de forma hierárquica. De acordo com Ferreira-Borges & Filho (2004), a família pode ser definida como um organismo com regras próprias, com flexibilidade para mudar e se ajustar aos diferentes estágios do seu ciclo familiar vital e a crises situacionais que terá de enfrentar. De todos os sistemas humanos, a família é o sistema com maior impacto para o desenvolvimento humano, permitindo assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial dos elementos que a compõem.

A família, como conceito e realidade, vem sofrendo uma evolução ao longo dos tempos, sendo que o conceito de família nuclear será anterior à industrialização, muito embora se reforce neste período. Mas a família da actualidade tem hoje particularidades que nos remetem para as transformações relacionais e sociais que têm vindo a abalar estruturas pesadas de muitos séculos.

De acordo com Osório (1996) a família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais, aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos). Para Gameiro (1992) família é uma rede complexa de relações e emoções, na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados. Conceitos importantes como o da personalidade não são aplicados ao estudo da família. A

simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura.

Segundo os autores Klein & White (1993), as famílias atravessam gerações, na medida em que a partir do acto de originar famílias incluem pessoas que estão relacionadas com os pais e filhos, pelo que os membros da família partilham relações biológicas e de afinidade entre si. Defendem também que é o acto biológico do nascimento que cria o elo fundamental da família. Os mesmos autores referem ainda que famílias estão no "negócio" da produção e sustentação de pessoas e personalidades. Personalidades que são alcançadas através de um processo de socialização. Esta socialização está relacionada com papéis seculares e os membros das famílias, têm direitos e obrigações, que tendem a ser codificados em leis e acordos informais (Klein & White, 1993).

Ao longo dos tempos vários são os conceitos de família, os que descrevem a composição, tamanho e configuração dos elementos da família, outros descrevem as estruturas e os processos que têm lugar na interação com esses elementos, e outros ainda descrevem os modos como as famílias se relacionam com os seus ambientes. Alguns descrevem a família inteira como um grupo, a família como uma instituição, ou a natureza dos laços entre dois ou mais membros com o grupo familiar. Meltzer (1988) citado por Sá (2003, p. 45) refere que "uma família serve para gerar amor, promover a esperança, conter a tristeza e pensar".

A *teoria sistémica*, entendida por alguns autores como sendo o modelo predominante dos estudos da família, define a família como um sistema aberto, com uma finalidade e auto-regulado. De acordo com Sampaio & Gameiro (1985) citados por Alarcão (2002), a família pode ser definida como um sistema, que compõe um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantêm o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados. Segundo Figueiredo (2012) as famílias são sistemas cujas propriedades são mais do que a soma das propriedades das partes; cada sistema tem uma fronteira cujas propriedades são importantes para entendimento do seu funcionamento; os sistemas familiares tendem a alcançar estados de relativa mas não total estabilidade; acontecimentos como o comportamento dos indivíduos numa família são mais bem compreendidos como exemplos de uma causalidade

circular do que se considerarem baseados numa causalidade linear; os sistemas são constituídos por subsistemas e são, eles próprios, partes de supra sistemas maiores. Relvas e Alarcão (2002) imprimem à noção de família quer uma dimensão relacional, expressa nas normas, na estrutura e na interação familiares, quer uma dimensão temporal, expressa no seu desenvolvimento, na sua evolução e continuidade. Em suma, pode-se afirmar que a teoria sistémica compreende a família como um sistema com funções próprias e distintas na articulação entre as suas várias dimensões em interacção consigo própria e com outros sistemas.

Actualmente temos uma sociedade que evolui a um ritmo extremamente acelerado e que nos oferece um padrão cultural confuso, onde modelos tradicionais e futuros de família coexistem, muitas vezes de forma contraditória e aparentemente disfuncional. O filósofo português José Gil (2007) afirma que na actualidade os indivíduos estão desapropriados da sua vida, porque as condições para ter uma vida, e para dar continuidade à mesma através de filhos e netos, estão desaparecidas. Neste contexto, as famílias e os seus membros encontram dificuldade em decidir os seus percursos colectivos. Tal parece advir da falta de referências próprias e do sentimento de constante desadaptação.

Segundo Schaef (1989) as famílias criam uma relação de dependência de padrões externos, com vista à manutenção do sistema familiar, buscando compulsivamente atitudes e tomadas de decisão baseadas nos valores culturais vigentes na sociedade a cada momento. Wegscheider-Cruse (1981), Stanton (1982), Black (1981), Gorski (1986) e Carnes (1991) citados por Ferreira-Borges & Filho (2004) afirmam que as famílias que daí emergem em situação de contínuo stress tornam-se facilmente disfuncionais diante de uma situação inesperada ou perturbadora, como a de abuso ou dependência de substâncias de um de seus membros, criando uma estrutura comportamental defensiva, onde os seus membros negam, racionalizam ou encobrem os problemas e guardam cuidadosamente os seus segredos. Os indivíduos desses sistemas tendem a entregar-se a emoções exageradas, desmedidas e destrutivas, enquanto escondem os seus verdadeiros sentimentos. Fogem constantemente das suas próprias questões, julgando, criticando, culpando ou tentando controlar os outros à sua volta e as circunstâncias. Além disso, violam os seus próprios limites e os dos outros, tendendo posteriormente a permanecer distantes e inacessíveis atrás de fortes

defesas emocionais e psicológicas. A maior parte destas atitudes encontra um apoio cultural que valida este padrão de comportamento adictivo, compulsivo, de fuga, e de alívio da tensão existentes na realidade do dia a dia.

Assim, a dependência de álcool representa tipicamente uma progressão de eventos que se revelam ao longo do ciclo de vida, podendo aparecer inicialmente de forma óbvia, ou permanecer de uma forma insidiosa, podendo revelar-se disfuncional em fases posteriores (Vaillant, 1999). Neste sentido, a disfunção para o indivíduo e família ocorre ao longo do tempo e o ritmo é diferente em todas as famílias. Segundo Adès & Lejoyeux (1997) as relações entre o meio familiar e a dependência alcoólica estabelecem-se segundo duas modalidades principais: algumas perturbações da vida familiar podem ajudar a desencadear a dependência num dos seus membros, assim as desavenças familiares e a história familiar do álcool, propiciam muitas vezes o aparecimento da dependência; a dependência alcoólica de um dos seus membros modifica e perturba profundamente a dinâmica familiar, aumenta a frequência dos divórcios e das situações de desentendimento familiar e propicia todas as formas de violência.

No mesmo sentido, Bowen (1998) relata que numa fase inicial, a presença do álcool, mais do que a pessoa alcoólica, parece ocupar, de forma progressiva, um lugar central no sistema familiar, organizando, com o decorrer do tempo, o desenvolvimento da família e definindo a forma como esta se relaciona internamente com o ambiente externo ao sistema. A relação familiar é vista como um mecanismo homeostático, que é estabelecido de forma a resistir às mudanças ocorridas ao longo do tempo e onde o comportamento de um membro da família é rigidamente controlado pelo outro. Tendo em vista a manutenção da homeostasia, os sistemas familiares das pessoas com dependência de álcool surgem como sistemas fechados em relação ao ambiente externo, numa tentativa de eliminar as ameaças à sobrevivência do próprio sistema podendo levar ao seu próprio isolamento (Lawson, 1996, citado por Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Em suma, é de considerar que a dinâmica familiar da pessoa com dependência de álcool pode levar à protecção do sistema familiar e ao mesmo tempo contribuir para o isolamento progressivo dos seus membro e da família em si.

1.3 Regularidades na família da pessoa com dependência de álcool

Como seria de esperar ao longo dos tempos foi existindo uma mudança significativa na compreensão das famílias, incluído a compreensão das famílias da pessoa dependente de álcool.

Segundo as primeiras formulações sistémicas, apresentadas seguidamente, a família da pessoa dependente de álcool poderia arrumar-se numa única gaveta de um só tipo. Era um tipo de família especial, um tipo específico de família, com um perfil disfuncional típico, em que cabia ao terapeuta conduzir à eliminação do "valor" particular do sintoma familiar.

No que se refere à sua organização e segundo o modelo estrutural de Minuchin (1981) citado por Relvas (1998), estas eram famílias emaranhadas (centrípetas), com limites difusos, onde não há definição clara de regras ou normas hierárquicas, ou com inversão da hierarquia geracional, com enormes dificuldades de separação. Segundo este autor para estas famílias há uma forte necessidade de esconder ou mascarar os conflitos a todo o custo. É característica uma comunicação patológica, pouco clara, ambígua, e se por um lado parece circular excessivamente, outras vezes parece nula. Quanto ao tipo de funcionamento caracterizam-se ainda como famílias rígidas, com forte resistência à mudança, à evolução e uma incapacidade para lidar com o stress.

Segundo Minuchin (1990) citado por Relvas (1998), os sintomas da doença do dependente de álcool podem estar a funcionar como um mecanismo homeostático do sistema familiar, de modo que, dentro desta disfuncionalidade, a melhora do dependente pode aflorar conflitos internos reais que a família não sabe como lidar. Devido a isto, é possível entender que a família tenha dificuldade em lidar com a dependência de álcool.

Guy Ausloos (1981) citado por Relvas (1998), caracteriza a família tipo "alternante" ou "pendular", alternando períodos de grande rigidez, de grande imobilização, como se o tempo parasse e períodos de grande mudança caracterizados por agitação e confusão. Angel e col. (1982) citados por Relvas (1998), descreve estas famílias como bastante disfuncionais. As relações entre dependentes de álcool e suas famílias mantêm-se mesmo depois de 15, 20 anos de consumos, pois a separação da família nunca é real ou efectiva. Diz que se pode encontrar frequentemente uma história de

comportamentos aditivos ao longo das gerações. E entre outros aspectos que as mensagens paradoxais são frequentes no seio destas famílias.

Com esta breve alusão teórica podemos verificar como os modelos estruturais e funcionais clássicos dizem o que a Família da Pessoa Dependente de Álcool é, divulgando bastante informação sobre o seu lado "lunar".

Se tal como Relvas (1998) acreditarmos que as teorias anteriores não podem explicar tudo, aceitamos necessariamente que a Família da Pessoa Dependente de Álcool:

"(...) 'é o que é...'. Cada família é mais ou menos feliz ou infeliz à sua própria maneira. Acredito que todas as famílias têm competências e potencialidades de crescimento e bem-estar. Há, contudo, certos momentos das suas vidas em que é impossível activarem, sem ajuda, essas competências." p. 83

Ainda bebendo das palavras de Relvas (1998) cada família é um sistema complexo do qual só podemos conhecer alguns 'arcos parciais' de interacção, as famílias das pessoas dependentes de álcool não são famílias 'erradas', não têm um perfil único ou específico, mas apresentam algumas regularidades. Assim a família da pessoa dependente de álcool não tem obrigatoriamente o "destino marcado", ou "um túnel escuro" por onde inevitavelmente passar, mas apresenta algumas regularidades no seu caminho, às quais se dará destaque seguidamente: *etapas da família, segredo familiar, regras familiares, mecanismos de defesa, papéis adoptados por familiares, papéis adoptados pelos filhos, mitos familiares, aspectos transgeracionais e codependência*.

Gomes (1996) apresenta de forma esquemática, quatro **etapas da família** da pessoa dependente de álcool: 1) Consenso - Durante meses, e muitas vezes até anos, os familiares são atacados de mutismo, surdez e cegueira. Se o consumidor se protege, escondendo e negando a sua dependência, a negação da família, prevalece nos mecanismos de defesa intra-familiares; 2) Crise - A descoberta da dependência, surge como uma perturbação e ruptura do equilíbrio familiar. A família procura ajuda porque esta perturbação é como uma ameaça de desintegração do grupo. A família exige uma cura de desintoxicação de urgência para o indivíduo. O terapeuta nunca sabe, em que momento a família está preparada, para escolher manter-se na mesma ou encarar um processo de mudança. 3) Tendência à homeostasia - A adicção a uma substância pode ter mesmo uma função homeostática estruturando a vida da família, numa

perspetiva seguramente diferente da abordagem até então mais comum, em que apenas se encarava as consequências mais disruptivas do comportamento da pessoa com dependência de álcool. Durante meses ou anos assiste-se a tentativas de desintoxicação em meio institucional, ambulatório e em casa, recaídas, novos tratamentos, rupturas dramáticas e reconciliações efusivas. Tudo isto é vivido como menos perigoso do que uma verdadeira mudança. O álcool existe no sistema, como organizador do desenvolvimento familiar, promovendo a sua homeostase; 4) Paragem dos consumos - Há a convicção na família, de que a "cura" de desintoxicação é o desaparecimento de todos os problemas. Além da dependência de álcool, a dependência afectiva à família é neste momento questionada, tornando a realidade mais complexa e imprevisível.

De acordo com Imber-Blak (1994) o **segredo** surge dentro do sistema familiar pela necessidade da família manter-se a si mesma de forma homeostática, ou seja, de forma a manter o equilíbrio e não se desmoronar. Negar ao dizer "o meu filho não bebe", "não o meu filho jamais consumiu drogas", "sim claro que o meu marido bebe mas isso não é um problema", são formas "benignas" encontradas pela família para o funcionamento inadequado da pessoa dependente de álcool, com o objetivo de esconder o seu impacto. Os próprios membros da família adoptam comportamentos de cegueira, escondendo garrafas, esvaziando-as de modo a poderem monitorizar o consumo do alcoólico. Quando os seus temores da dependência de álcool são confirmados, tendem a manter as evidências para si mesmos e a sofrer sozinhos sem revelar a ninguém o que descobriram. É a manutenção destes segredos que alimenta a negação. O que está escondido não existe realmente e não precisa de ser discutido. Os membros da família, juntamente com o dependente de álcool, começam a crer nas suas próprias mentiras, de modo a que quando alguém diz: - "isto não aconteceu, eu nem bebo tanto assim" – o véu protetor do segredo permite que a pessoa acredite que a negação representa a verdade. O sofrimento é medido pelo silêncio, pois todos os membros da família retraem-se emocionalmente uns dos outros.

A abordagem dos sistemas familiares tenta trazer à superfície **regras familiares** que governam as famílias quimicamente dependentes, como as três regras que Black (1981) sintetiza da seguinte forma: "Não fale, não confie, não sinta". Estas regras

codificam as proibições tácitas da família de falar honestamente sobre o problema. Aqueles que querem ser aceites nessa família devem obedecer a essas regras ou serão tratados como desviantes - apesar do seu comportamento "desviante" ser mais sadio do que a norma da família. A manutenção destas regras sugere a existência de um esforço de auto-protecção que, embora pareça funcionar pode impossibilitar o desenvolvimento de relações saudáveis, íntimas e verdadeiras.

Outras regularidades presentes são os **mecanismos de defesa** que as famílias podem desenvolver como resposta à dependência de álcool e a sua compreensão pode ajudar a perceber as regras já referidas, que se estabelecem dentro da família.

Para Brown (1985) estes mecanismos de defesa contribuem para a manutenção da situação e redução da consciência dos fatos e consequências relacionadas com o uso do álcool, utilizados pelo dependente e seus familiares, sendo quatro os mais comuns: 1) a negação de que existe um problema; 2) a minimização da sua magnitude (o familiar minimiza, despreza a percepção e a importância da realidade e dos factos); 3) a racionalização com a consequente justificação e desculpabilização face ao problema (o familiar constrói explicações lógicas e coerentes, embora estas não sejam reais ou estejam relacionadas com os factos, para o comportamento, seu e do dependente) e 4) a projecção do problema com a culpabilização de outros (o familiar atribui a outras pessoas, objetos, ou circunstâncias de vida, as suas características, sentimentos e a responsabilidade pelo seu mal-estar).

Em relação à negação é importa destacar na sua compreensão, pois tal como afirma Vaillant (1999), a negação pode ser considerada um dos maiores sintomas da dependência de álcool, e pode ampliar-se para uma negação tanto do beber problemático, como do impacto desse beber noutros membros da família e na dinâmica familiar. Para os autores Parran *et al.* (2003) a negação é um mecanismo que opera a um nível pré-consciente e que se traduz num esforço intencional que visa suprimir uma realidade indesejada. Exemplos dessa realidade podem ser: a família está a desagregar-se e o familiar não consegue falar sobre o assunto ou nem mesmo admite ou percebe o que se passa ou a família está financeiramente sem recursos mas o familiar ainda acha que todos os problemas são devidos a outras circunstâncias para além da dependência de álcool

Tal como acontece com a pessoa dependente de álcool, estes mecanismos de defesa permitem manter o familiar, de modo aparentemente eficaz, fora do contacto com a severidade do problema, ao mesmo tempo que permitem a sua continuidade na situação. (Graham, 1996 cit. por Ferreira-Borges & Filho, 2004).

As substâncias psicoativas como o álcool, parecem interromper o curso de funcionamento da família, causar conflitos e criar desvios nas funções dos subsistemas e nos papéis individuais. Regularmente é associado a um grande sofrimento, toda a família se reformula e a adota papéis para fazer face a essa situação.

Nesse sentido outra das regularidades que podem apresentar estas famílias são quatro papéis **adoptado pelo familiar** da pessoa dependente de álcool, definidos por Johnson (1986) da seguinte forma: 1) O protetor - é uma atitude defensiva que ocorre nos estágios iniciais de desenvolvimento da doença e que leva o familiar a assumir novas responsabilidades, tentando ser a esposa ideal, o pai ideal, a pessoa perfeita; 2) controlador – esta fase é caracterizada por um sentimento profundo de responsabilidade pela pessoa dependente de álcool e pelo seu comportamento. o familiar adota novos comportamentos que passam, por exemplo, por beber ou com a pessoa dependente de álcool na esperança de limitar o seu consumo ou deitar fora, esconder ou desfazer-se do álcool, entre outros; 3) acusador - o familiar incorpora o papel de acusador, começando também ele a projetar os seus sentimentos de fracasso, dor, medo e raiva nos outros, nomeadamente na pessoa dependente de álcool, tido como a causa de todos os seus problemas. 4) solitário - Gradualmente o familiar perde qualquer capacidade de melhorar a sua auto-estima, estando preso, no seu relacionamento com os outros, a um padrão de auto-defesa. O resultado deste comportamento é a crescente alienação da família e amigos, com o familiar a sentir-se como se estivesse completamente só no mundo.

Ainda segundo o mesmo autor, qualquer membro do sistema familiar pode permanecer indefinidamente no papel específico que melhor responda às suas necessidades internas e ao seu grau de adoecimento pessoal, mas pode progredir livremente através destes papéis (Johnson, 1986).

À semelhança dos papéis definidos para os familiares, vários autores definiram quatro **papéis que os filhos** de pessoas dependentes álcool regularmente assumem dentro

da família (Black, 1981; Wegscheider-Cruse, 1985; Brown, 1985 & Beattie, cit. por Ferreira-Borges & Filho, 2004): 1) **herói** : é aquele que sempre tem boas notas na escola, que mente ao patrão do pai ou da mãe, que começa a trabalhar muito novo para ajudar financeiramente a família ou é aquele que "dá um jeito" em tudo lá em casa e que está sempre disponível para ajudar quem necessita; 2) bode expiatório - É aquele que tenta passar despercebido "*low profile*", mas acaba sempre por ser repreendido pela mais pequena transgressão ou torna-se o foco e a desculpa para as discussões entre os pais, sendo mesmo o responsável pelos desentendimentos na família. É sempre desfavoravelmente comparado com o "herói"; 3) criança perdida ou silenciosa - É aquele que não tem grandes ambições, desejos ou exigências, tende a viver uma vida isolada e sem participação familiar extensiva, e aquele que tenta escapar à atenção e 4) mascote - É aquele que tem a função de providenciar alívio para a família e que aprendeu a mascarar as suas necessidades emocionais com humor. Está sempre a chamar a atenção, tentando conquistar os outros com as suas habilidades e esperteza. Nunca chorou nem nunca esteve triste - pelo menos não à frente de ninguém.

Como nos diz Ferreira (1963) citado por Sanches & Peixoto (1996) o **mito familiar** é uma crença bem integrada e compartilhada por todos os membros da família. Tais crenças não são contestadas por nenhuma das pessoas interessadas, apesar de incluírem distorções evidentes da realidade. Vários mitos parecem ser regularidades que assombram estas famílias, tais como: o mito do bom entendimento em que "na nossa família não há discordâncias ou discussões"; o mito da loucura em que "o verdadeiro problema é a loucura, aparece em todas as gerações"; o mito do sacrifício em que "na nossa família todos se sacrificam pelo bem-estar dos outros"; entre outros mitos familiares da "Boa família" ou da "Família unida".

Os **aspectos trangeracionais** são outras regularidades que estão associadas à transgressão das leis ou normas sociais ao longo de gerações, bem como à existência na história de importantes acontecimentos traumáticos tais como mortes, perdas e lutos não resolvidos e segredos familiares não ditos.

Há relatos que mesmo quando os dependentes de álcool abandonam a família ou são abandonados, permanecem presentes apesar da separação física, ambas as partes

mantém fantasias e alimentam o seu "amor ou ódio". Assim falar de regularidades presentes nestas famílias implicar também falar de **co-dependência**.

Alguns dos seguintes autores contribuíram para melhor compreensão do fenómeno co-dependência e do conceito de co-dependente. Schaef (1992) afirma que qualquer coisa se pode tornar adictiva, quer seja uma substância, quer seja um processo. Isto porque a finalidade ou função do adictivo é colocar uma barreira entre o indivíduo e a consciência dos seus sentimentos. Um processo adictivo serve para entorpecer o indivíduo, para que relegue para um segundo plano aquilo que sabe e que sente. A definição de Subby (1984) citada por Ferreira-Borges & Filho (2004), surge de forma mais operacional explicando que co-dependência é uma condição emocional, psicológica e comportamental, que se desenvolve como resultado da prática e da exposição prolongada do indivíduo a regras opressivas - regras que não permitem a expressão aberta dos sentimentos, bem como a discussão aberta de problemas pessoais e interpessoais. Outra definição de fácil compreensão pode ser considerada a de Beattie (1987) citada pelos autores anteriores, ao referir que o co-dependente é aquele que se deixa influenciar por comportamentos de outra pessoa e que vive obsessivamente preocupado em controlar e modificar o comportamento do outro.

A definição mais global e abrangente de co-dependência talvez tenha sido feita por Schaef (1992), que descreve a co-dependência como uma doença que possui muitas formas e expressões e que cresce a partir de um processo doentio ou processo adictivo, definindo adicção amplamente, como qualquer substância ou processo acerca do qual o indivíduo sente que deve mentir.

Simultaneamente a estas definições foi possível reconhecer e conceituar a co-dependência, caracterizando-a como uma doença. Norwood (1985) define um co-alcoólico neste estágio como alguém que desenvolveu um padrão doentio ao relacionar-se com outros, como resultado do envolvimento íntimo com a pessoa dependente de álcool. A autora combina esta definição com sintomas primordialmente intra-psíquicos, tais como baixa auto-estima, necessidade de ser útil, ânsia de mudar os outros e de controlá-los e uma disposição para sofrer. Esta definição aproxima-se de um conceito individualizado de doença com características próprias e autónomas.

A co-dependência pode caraterizar-se por um quadro de relações complexas semelhantes ao descrito por Carnes (1991) citado por Ferreira-Borges & Filho (2004), que se desenvolve em **três estágios** sobrepostos na sua evolução mas distintos conceptualmente: 1) estágio inicial, caraterizado pela facilitação e desadaptação social e defesa reactiva do sistema familiar. O ambiente familiar é frequentemente baseado na opressão, vergonha, desonestidade e culpa; 2) estágio intermédio, de adoecimento do sistema familiar disfuncional e desenvolvimento de respostas compulsivas e processos aditivos e 3) estágio final, de obsessão crescente dentro do sistema familiar com o completo desenvolvimento da co-dependência.

Certamente que será possível encontrar membros de uma família em todas as etapas evolutivas da doença, e com caraterísticas, vivências e aspectos psicológicos pessoais específicos deste processo. Resistências ao conceito de co-dependência e mais ainda em aceita-lo como uma doença, deve-se ao facto de algumas das caraterísticas descritas fazerem parte do dia-a-dia das pessoas, sendo alguns comportamentos praticados e até aceites culturalmente. Embora as caraterísticas da co-dependência possam ser consideradas normais estatisticamente ou corresponderem a valores morais vigentes, e até incentivadas socialmente, a verdade é que não são benéficas para a pessoa e para o seu organismo, já que produzem stress, sofrimento e destruição pessoal e interpessoal, levando à perturbação dos sistemas envolvidos.

1.4 A importância de intervenções familiares

Andolfi (citado em Alarcão, 2002) considera que: a família é um sistema entre sistemas e é essencial a exploração das relações interpessoais, e das normas que regem a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes. A avaliação do impacto de um problema com o álcool deve ter em conta questões do desenvolvimento, notando-se que o estágio de desenvolvimento da família e o estágio de desenvolvimento do indivíduo se intencionam para se tornar um contexto em que um problema como o álcool possa ser a causa ou o efeito da disfunção familiar (Krestan & Bepko in Carter & McGoldrick, 1995). As mesmas autoras defendem que numa abordagem ao impacto do alcoolismo no seio familiar é importante distinguir

entre o início precoce e o início tardio dos consumos, como forma de entender a ruptura imposta às fases de desenvolvimento familiar, visto que, comumente um alcoolismo prolongado (de início precoce) acarretará um prejuízo mais severo na dinâmica familiar. Outro aspecto que salientam é o lapso de tempo entre o início dos consumos e o momento em que a família procura ajuda, pela mesma lógica do ponto anterior, pois vários anos de consumos levam a uma disfunção normalmente muito grave. Ao que tudo indica, a esposa e os filhos são os mais afectados, mas, no entanto, a família alargada também o poderá ser.

Na verdade, o impacto que o uso de substâncias dentro da família tem na vida dos filhos, tanto enquanto crianças quanto posteriormente, está relacionado com diversos fatores relacionados com o contexto familiar e pessoal. Deste modo, o nível de exposição a que a criança esteve, a idade e o período de desenvolvimento envolvidos, a disponibilidade e interacção com os outros membros da família, a intensidade e frequência do uso de substâncias, a importância atribuída na dinâmica familiar, a presença de maus-tratos e violência e os recursos externos à família, entre outros, devem ser levados em conta na avaliação deste impacto (Ferreira-Borges & Filho, 2004). Podem encontrar-se membros de uma família em todas as etapas evolutivas da doença, e com características, vivências e aspectos psicológicos pessoais específicos deste processo, o que requer diferentes abordagens de acordo com o indivíduo e a família presente e a sua situação actual. Da mesma maneira, todos os que estão envolvidos precisam de se responsabilizar pelo seu próprio comportamento e reconhecer que são impotentes para controlar os outros. A recuperação só se desenvolve com a responsabilidade por si mesmo (Gorski, 1986 cit. por Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Bobes (2004) apresentou o guia de actuação preventiva para crianças e jovens de famílias com problemas de álcool, da sociedade científica espanhola de estudos sobre alcoolismo, como uma forma encontrada para cumprir os objetivos planeados pela OMS em reduzir os problemas que ocasiona o alcoolismo nas famílias, através da implementação de programas de prevenção e tratamento de âmbito familiar. Esse guia dá especial relevo às intervenções familiares sistémicas por permitirem abordar a dependência de álcool com todos os membros da família através de sessões individuais ou com os vários elementos da família. Segundo este guia de actuação esta

abordagem permite analisar e modificar as dinâmicas relacionais entre os diferentes membros, alterando por exemplo atitudes de co-dependência. É ainda referido que este tipo de intervenção tem enfoque central na família e que abordar o alcoolismo segundo uma perspetiva familiar proporciona uma experiência positiva para a pessoa dependente de álcool e toda a família. Os tratamentos da dependência de álcool em serviços especializados que incluam no tratamento o envolvimento familiar parecem ter mais efeitos naquilo que é também um aspecto de saúde a considerar, como a prevenção da recaída para o consumo de álcool, do familiar com dependência de álcool. Assim um estudo numa unidade de alcoologia em Lisboa que comparou o tratamento usual, caracterizado essencialmente por uma intervenção biomédica, com o tratamento que combina a intervenção individual com envolvimento familiar, verificou-se que ao final de 6 meses, o tratamento que envolveu a família apresentou uma taxa de recaída de 22% em comparação com o tratamento biomédico com taxa de 38%. Os estudos anteriormente mencionados ajudaram a suportar a relevância da intervenção familiar no âmbito da dependência de álcool.

1.5 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Os cuidados à família desenvolvem-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale. Hoje os desafios epistemológicos centram-se na clarificação das dinâmicas de intervenção e o seu impacto na prática clínica; estabelecimento das relações entre o sistema e os resultados individuais; construções do conhecimento sobre como as famílias criam significados nos processos de saúde e de doença e ainda o desenvolvimento de modelos teóricos que sustentem a prática (Figueiredo, 2012).

O MDAIF emerge do Modelo Sistémico ou do Pensamento Sistémico que resulta da triangulação entre a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1977) que definiu as leis gerais que permitem conhecer as características dos sistemas, a Cibernética de Norbert Wiener (1948) que estudou a forma de funcionamento dos sistemas e a Teoria da Comunicação Humana de Paul Watzlawick *et al.* (1967) que fizeram a ligação entre os elementos que compõem cada sistema.

As fontes teóricas do MDAIF sustentam ainda desígnios da enfermagem de família, tendo sido co-construído a partir do Modelo de Calgary de Avaliação da Família e pelo Modelo de Calgary de Intervenção da Família. Foi igualmente suportado pelos subsídios que advieram das experiências dos enfermeiros em contextos de intervenção familiar. De acordo com a autora Figueiredo (2012) a partir destes contributos teóricos reuniram-se uma série de conceitos e pressupostos como estrutura teórica para este modelo. Irei dar relevo a estes conceitos e pressupostos neste relatório de estágio por considerá-los muito importantes, como orientadores fundamentais na abordagem com as famílias. Os quatro principais conceitos deste modelo são: *Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família*, que passo a descrever:

Família é um sistema cujas propriedades são mais do que a soma das propriedades das partes; cada sistema tem uma fronteira cujas propriedades são importantes para entendimento do seu funcionamento; o sistema familiar tende a alcançar estados de relativa mas não total estabilidade; acontecimentos como o comportamento dos indivíduos numa família são mais bem compreendidos como exemplos de uma causalidade circular do que se considerarem baseados numa causalidade linear; o sistema família é constituído por subsistemas e são, eles próprios, partes de supra sistemas maiores.

Saúde Familiar é um processo dinâmico de adaptação perante as transições experienciadas pela família enquanto unidade; potencial de bem-estar nas dimensões biológica, espiritual social e cultural; capacidade da família em promover estratégias que permitem a sua funcionalidade enquanto unidade, e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros; reciprocidade entre as práticas de saúde de cada elemento e o nível de saúde da família, num equilíbrio dinâmico que possibilita a co-evolução; integra a saúde de cada membro individualmente, bem como os aspectos da saúde e doença relativos à unidade familiar, de tal forma que a saúde de cada membro afecta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros.

Figueiredo (2009), citando Relvas (1996) e Alarcão (2002) refere ainda que a saúde deve ser considerada na perspetiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num contínuo entre estabilidade e mudança que permitam

transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida.

Ambiente Familiar é o conceito que prevê que as alterações no sistema familiar são produzidas pelas interações com o ambiente, decorrendo segundo a sua dinâmica interna, ou seja, de acordo com a sua estrutura. Os processos das pessoas nos seus ambientes devem ser vistos como interdependentes e estudados em termos sistémicos. **Microsistema:** é o contexto imediato onde os membros da família interagem entre si e onde desenvolvem os seus papéis familiares, de acordo com as funções e finalidades do sistema familiar; **Mesosistema:** são contextos mais amplos que integram a rede social da família, onde os membros da família participam activamente e com os quais estabelecem vínculos, englobando quer a família de origem, quer os sistemas mais amplos como a vizinhança, grupos de amigos, trabalho e rede comunitária; **Exosistema:** são contextos que não envolvem os membros da família como participantes activos mas que podem causar perturbação estrutural no microsistema, assim como nas interações deste com o mesosistema, sendo exemplo as alterações estruturais e organizacionais a nível das instituições de saúde, profissionais e de educação com quem o sistema familiar interage; **Macrosistema:** nível mais amplo do ambiente, que integra os padrões institucionais, cultura, sistemas de crenças e ideologias, veiculados ao nível dos restantes sub-sistemas; **Cronosistema:** é o conceito que subjaz aos vários níveis estruturais do ambiente e que corresponde às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, na família e no ambiente, centrado nas transições ecológicas e acidentais.

Cuidados de enfermagem à família caracterizam-se sobretudo pela capacitação da família face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; promover e facilitar as mudanças no funcionamento familiar; potenciar as forças e recursos da família nos seus processos de transição e nos padrões de interação promotores de fortalecimento da saúde familiar e da sua autonomia. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, são centrados na unidade familiar e assumidos como uma filosofia de cuidados colaborativos

Pressupostos do MDAIF:

1. A família é um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interacções mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade;
2. A família, enquanto sistema autopoiético, tem competência necessária para se manter em continuidade, pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e a estabilidade;
3. As mudanças que ocorrem na família, enquanto sistema social, são contextuais e evolutivas, consentâneas à interacção entre o seu desenvolvimento e o ambiente no ecossistema;
4. As famílias são mais confiantes face ao futuro (desconhecido) quando enfatizam o melhor do seu passado (conhecido);
5. A saúde familiar é co-construída em torno do desenvolvimento e crescimento da família, enquanto sistema aberto, num contexto e num tempo direccionado à concretização das suas funções, mobilizando recursos internos e externos face aos seus processos de transição;
6. O sistema familiar é alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;
7. Os cuidados de enfermagem enfatizam as interacções entre os membros da família, e entre esta e o ambiente com enfoque nas competências co-construídas pelos processos vivenciados enquanto grupo familiar;
8. Os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico;
9. A finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, interpondo-se a abordagem colaborativa, caracterizada pela co-evolução processual;
10. As etapas do processo de enfermagem, vão ao encontro das características auto-organizadoras do sistema familiar, considerando reciprocidade entre o potencial de saúde dos seus membros e da unidade familiar, nos seus distintos domínios de funcionamento.

De acordo com este referencial teórico os objetivos da enfermagem centram-se na capacitação da família direccionando-se para as suas respostas aos problemas reais e potenciais, englobando uma filosofia de parceria com a família. É dada ênfase aos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar por forma à sua mobilização na resolução dos seus próprios problemas. Assim sendo, o papel do enfermeiro é ajudar a que a família identifique os seus próprios problemas e encontre as suas próprias soluções, perspetivando a promoção da saúde familiar através do desenvolvimento da família nas suas dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais.

A autora Figueiredo (2009) citou os autores Elsen, Althoff & Manfrini (2001) para referir que a enfermagem que centra os cuidados à família, tem como objetivo a independência da família e dos seus membros, ajudando-a a crescer na sua capacidade de dar resposta às suas necessidades e no desempenho das suas funções, identificando-a como agente do seu processo de desenvolvimento, com direitos e responsabilidades.

Este referencial teórico apresenta também uma vertente operativa, com uma matriz própria que visa orientar os cuidados de enfermagem com a família. A matriz operativa do MDAIF reflete a dimensão teórica do modelo interligada com a operacionalização do mesmo. Trata-se de uma estrutura organizada, constituindo-se como um instrumento organizador e sistematizador das práticas de enfermagem no âmbito do cuidado à família. Propõe uma metodologia de realizar o processo de enfermagem de acordo com o plano de cuidados centrado na família, englobando um processo de avaliação familiar, definição de diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação dos resultados. Pretende ser uma base de orientação para a prática dos cuidados à família. Contudo face à especificidade e complexidade de cada família a autora salvaguarda que cabe ao enfermeiro fazer as adaptações necessárias às características da família.

A avaliação familiar incide sobre 3 áreas de atenção: na estrutura da família, com a identificação da mesma (Avaliação Estrutural); no desenvolvimento, com a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem

processual e contextual (Avaliação de Desenvolvimento) e nos padrões de interacção familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares (Avaliação Funcional). Esta dimensão avaliativa do MDAIF de acordo com a autora Figueiredo (2012), constitui-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.

Quanto à dimensão de intervenção familiar a autora descreve que decorre da análise dos dados obtidos na interacção com as famílias e face à complexidade, intersubjetividade e contextualidade das mesmas. Os diagnósticos correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas. O planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percebida como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano. Este modelo propõe ainda intervenções direccionadas para necessidades identificadas nas áreas de atenção familiar como uma estrutura orientadora que permita ajustar essas intervenções às necessidades da família, considerando a complexidade dos processos familiares inerentes ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento. A intervenção deve enfatizar a capacidade da família na resolução dos seus problemas e o papel do enfermeiro como facilitador da co-construção dessas soluções.

2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este capítulo apresentará o percurso e as opções metodológicas efetuadas durante o mesmo com: a identificação da problemática e sua pertinência neste percurso no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a caracterização dos participantes alvo das intervenções realizadas, os procedimentos realizados e os instrumentos e técnicas que compuseram as intervenções.

2.1 Problemática

O trabalho desenvolvido com a família da pessoa dependente de álcool, descrito neste relatório, teve como propósito auxiliar desenvolver competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que permitissem proporcionar um cuidar especializado às mesmas. A curiosidade pessoal, bem como um encantamento sobre o "sistema família" foram os outros fortes fatores motivacionais que impulsionaram este desafio.

Diariamente somos confrontados com o sofrimento do indivíduo e suas famílias que tem um ou mais elementos na família com dependência de álcool. Esta problemática tem sido inquietante para mim por não existirem intervenções de enfermagem estruturadas no meu contexto clínico que possam dar resposta ao impacto desta vivência, que as famílias geralmente descrevem como sofrimento. Tendo consciência que a equipa que integro manifestou a necessidade de em contexto de ambulatório da existência de cuidados especializados à família da pessoa com dependência de álcool, a minha grande motivação foi adquirir competências para desenvolver intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico que permitam dar resposta às necessidades das famílias por forma a diminuir o impacto negativo da dependência de álcool nas mesmas, sobretudo possibilitando a restituição da saúde familiar.

Reconheço que o enfermeiro integrado numa equipa multidisciplinar de uma unidade de alcoologia detém o *setting* privilegiado e oportuno para promover intervenções que visem a promoção da saúde da família da pessoa dependente de álcool de forma preparatória e antecipatória, pois é quem melhor conhece esta problemática da família e o que de uma forma mais especializada pode ajudar a construir com a família as

soluções desejadas. Aliás faz sentido que façam parte das intervenções de enfermagem da unidade de alcoologia, intervenções especializadas de enfermagem, no entanto não são realizadas por não existir enfermeiro na tempo completo no serviço de ambulatório, mas apenas no serviço de internamento, local onde desenvolvo a minha actividade profissional.

Depois de compreensão do impacto da dependência de álcool no sistema familiar e das intervenções que se podem desenvolver no sentido de favorecer processos adaptativos na família, será mais fácil consolidar na equipa um acompanhamento efectivo às famílias e assim ir ao encontro da premissa da OE (2010) ao dizer que as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em saúde mental.

A par da compreensão desta problemática será primordial desenvolver o meu auto-conhecimento e consciência de mim mesma relativamente ao modo/à forma como encaro, como realizo/elaboro as minhas próprias vivências.

De acordo com Benner (2001, p.61) quando diz que *"com a experiência e o domínio a competência transforma-se e esta mudança leva a um melhoramento das actuações"*, pretendo no final deste curso de mestrado em enfermagem transpor para o meu dia-a-dia o que aprendi, desenvolvi e experimentei relativamente a esta temática para que no papel de enfermeira especialista em saúde mental, possa realizar o acompanhamento das famílias da pessoa com dependência de álcool, de forma estruturada sistematizada e eficaz. Tal como refere Nabais (2008) a especificidade da prática clínica de enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade, dirige-se a pessoas em sofrimento ou perturbação mental em todas as etapas do ciclo vital, incluindo as famílias, com o objetivo de, incorporando intervenções psicoterapêuticas, facilitar a adaptação aos processos de transição num contínuo saúde/doença.

Durante o processo de pesquisa de literatura, efetuado sobre esta temática, resultaram algumas constatações que me ajudaram a problematizá-la e que evidencio de seguida. Efectivamente os autores são unânimes em considerar que a doença alcoólica tem repercussões a nível: individual com consequências físicas (cirroses, hepatites, pancreatites, etc.) e psicológicas (ansiedade, depressão, etc.) originadas por um

consumo excessivo e prolongado; na família (violência doméstica e maus tratos); no trabalho (diminuição de rendimento laboral, aumento do absentismo, acidentalidade e reformas prematuras); na comunidade (perturbações nas relações sociais e da ordem pública); na condução (acidentes de viação) e problema legais derivados de actos violentos, criminalidade, etc. (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007; Ferreira-Borges & Filho, 2008).

Nos países da União Europeia, as despesas que advêm das consequências do consumo de álcool atingem 5 a 6% do Produto Nacional Bruto (PNB), sendo que este número é maior que a contribuição da venda de bebidas alcoólicas para o mesmo PNB, que é de 2% (Marinho, 2008). As doenças crónicas como a Dependência de Álcool são, conforme a definiu a OMS (1999): doenças que têm uma ou mais das seguintes particularidades: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Sendo a problemática da pessoa com esta perturbação preocupante sob o ponto de vista epidemiológico torna-se pertinente e premente a formação de técnicos com competências específicas de intervenção nesta área. Assim *os cuidados de enfermagem a nível da prevenção primária, baseada na educação e no despertar para esta problemática são essenciais para a saúde do cliente, da sociedade e para a saúde pública*" (Marinho, 2008). A realização de estudos relativos ao panorama actual do consumo de álcool e perturbações associadas à sua utilização, promovem a adequação do cuidar de enfermagem, já que permitem "...identificar as tendências e as necessidades de intervenção, e orientar as opções estratégicas" (SICAD, 2013a, p. 14).

O cuidar de enfermagem direccionada a estes clientes deve de atender não só às suas exigências como às da sua família, e, para tal, é necessário um entendimento teórico do problema e da sua dimensão, tal como, apreender habilidades e competências de modo a implementar acções para um cuidado adequado às constantes modificações do cliente e da sua família provenientes deste problema (Miranda et. al., 2006). Goulão (2012, p.14) sugere a pertinência da intervenção no âmbito da saúde mental face à problemática do alcoolismo ao dizer que: *"a saúde mental tem um papel*

importantíssimo a desempenhar na problemática do alcoolismo (...) um problema que provavelmente, terá um recrudescimento na condição social que vivemos actualmente no país".

Wright & Leahey (2009, p.1) relembram a pertinência das intervenções de enfermagem junto das famílias, ao dizerem que a enfermagem tem um compromisso, bem como uma obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Referem ainda que a evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e bem-estar de seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, impele e obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Acentuam também que o enfoque do cuidado só pode ser alcançado com responsabilidade e respeito, estabelecendo-se profundas avaliações e intervenções e práticas relacionais com famílias.

2.2 Participantes

O trabalho desenvolvido dedicou-se a intervenções especializadas de abordagem unifamiliar e abordagem multifamiliar, dirigidas a famílias no contexto de dependência de álcool. Assim cada família íntegra, no mínimo, um membro diagnosticado como dependente de álcool, em tratamento em consulta com o seu gestor de caso em regime de ambulatório na unidade de alcoologia.

Intervenção unifamiliar

A Família 1 composta de quatro membros: membro 1 - pessoa com dependência de álcool do sexo masculino de 52 anos, membro 2 - pessoa do sexo feminino de 50 anos, membro 3 - pessoa do sexo masculino de 18 anos e membro 4 - pessoa do sexo feminino de 9 anos;

A Família 2 composta de 5 elementos: membro 1 - pessoa com dependência de álcool do sexo masculino de 75 anos, membro 2 - pessoa do sexo feminino de 68 anos, membro 3 - pessoa do sexo feminino de 35 anos, membro 4 - pessoa do sexo masculino de 40 anos e membro 5 – pessoa do sexo feminino de 70 anos.

Os **critérios de inclusão** tidos em conta foram: no mínimo um elemento na família terá diagnosticada dependência de álcool e será cliente da mesma Unidade de Alcoologia., ou seja, seguido em consulta com o seu gestor de caso em regime de ambulatório; A pessoa com dependência de álcool terá idade superior a 18 anos e poderá ser de ambos os sexos e motivação da família para a intervenção de enfermagem de cariz familiar. Os **Critérios de exclusão** estabelecidos foram: famílias em que a pessoa dependente de álcool apresente no momento da sessão: síndrome de abstinência, com sinais e sintomas de privação do álcool; défices cognitivos que dificultem o discurso lógico-dedutivo; perturbações psicóticas em fase activa e desorientação tempo-espacial, confusão e que apresentem disfunção notória a nível verbal que impeça a comunicação.

Intervenção Multifamiliar:

Grupo multifamiliar aberto composto por 8 famílias distintas ao longo do período de estágio: 8 pessoas com dependência de álcool, 6 do sexo masculino e duas do sexo feminino e seus familiares de ambos os sexos e com idades entre os 10 e os 71 anos, compreendendo um total de 23 pessoas.

Os **Critérios de Inclusão:** pessoa com dependências de álcool a frequentar o Programa de Tratamento, em abstinência de álcool e outras substâncias psicoativas e seus familiares que tenham contratualizado a sua entrada no programa inicialmente. Os **Critérios de exclusão:** Clientes sob o efeito do consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas. De salientar que antes da entrada neste Programa de Tratamento todos os clientes bem como os seus familiares implicados foram sujeitos a uma criteriosa triagem que eliminou clientes com défices cognitivos que dificultem o discurso lógico-dedutivo, perturbações psicóticas em fase activa, desorientação tempo-espacial, confusão e que apresentem disfunção notória a nível verbal que impeça a comunicação verbal.

2.3 Instrumentos e técnicas utilizadas

A avaliação e intervenção efetuadas com a família na abordagem unifamiliar foram norteadas pela matriz da MDAIF (Anexo I) que se tornou o principal instrumento utilizado. No âmbito da avaliação estrutural e de desenvolvimento da família foram usados os seguintes instrumentos auxiliares:

Genograma e Ecomapa - De acordo com Hanson (2005), o genograma e ecomapa são componentes importantes da avaliação familiar. Também Wright e Leahey (2009) referem que estes são instrumentos úteis na avaliação da estrutura interna e externa da família, podendo também ser encarados como instrumentos de planeamento e intervenção ao serem construídos com a família. O genograma é um diagrama do grupo familiar que identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional. O ecomapa é um diagrama do contacto da família com outros sistemas mais amplos, identificando as relações e ligações da família com o meio onde habita, ou seja, permite identificar os padrões organizacionais da família e a natureza das relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

A Escala de Graffar adaptada - avalia as condições sócio-económicas da família com vista a identificar a sua classe social (alta, média alta, média, média baixa ou baixa) e permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial (Amaro citado por Figueiredo, 2009, 2012). Para se tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa da escala em anexo. (Anexo II)

Para complementar a avaliação funcional foram aplicadas as três escalas sugeridas no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, nomeadamente:

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe - é o instrumento mais utilizado para medir eventos stressantes. (Caeiro, 1991 citado por Figueiredo, 2009, 2012). Este instrumento é representado por um questionário auto-administrado com uma lista de 43 eventos, correlaciona os eventos de vida com o stresse e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano. Tendo por base esta escala, de acordo com *score* obtido é considerada a percentagem de possibilidade de ocorrência de doença física ou mental, em um ou vários elementos da

família; Para se tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa da escala em anexo. (Anexo III)

A Escala FACES II - é a segunda versão da *Family Adaptability and Cohesion Scale de Olson, Joyce, Portner e Bell* (Olson et al. Cit. por Figueiredo, 2009, 2012), classificando as famílias/casais no modelo Circumplexo de Olson (Fernandes; Lourenço citados por Figueiredo, 2009, 2012). A escala é constituída por trinta itens, permite medir a dimensão coesão (desmembrada, separada, ligada ou muito ligada) a dimensão adaptabilidade (rígida, estruturada, flexível ou muito flexível) e o tipo de família (muito equilibrada, equilibrada, meio termo ou extrema). Para se tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa da escala em anexo. (Anexo IV)

O APGAR Familiar de Smilkstein constituiu-se como uma tentativa de responder às necessidades de avaliação do funcionamento das famílias (Smilkstein, 1978, 1984; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982 citados por Figueiredo, 2009 2012). A sua utilização permitirá a identificação de necessidades efetivas do sistema familiar. Esta escala é composta por duas partes. A primeira tem cinco perguntas, correspondentes ao grau de satisfação dos indivíduos relativamente às variáveis descritas. A segunda engloba três possíveis respostas, tendo cada uma, uma pontuação que varia numa escala de 0 a 10, relativa à perceção sobre o grau de funcionamento da família: altamente funcional (7 a 10 pontos) com moderada disfunção (4 a 6 pontos) e com disfunção acentuada (0 a 3 pontos). Para se tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa da escala em anexo. (Anexo V)

Questionário de auto-avaliação familiar – embora não faça parte dos instrumentos copulativos da matriz operativa do MDAIF, o questionário de auto-avaliação familiar foi adicionado a esta área de atenção tendo em conta que os vários autores que consideram lhe reconhecem a sua pertinência em estudar a existência de problemas familiares. O questionário é de auto preenchimento, dirigido para os familiares de pessoas com perturbações para o consumo de álcool. Engloba 21 questões de resposta sim ou não, sendo que na presença de três ou mais respostas no sim, se evidencia a existência de problemas familiares decorrentes do alcoolismo. Para se

tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa do questionário em anexo. (Anexo VI)

Como instrumentos auxiliares da intervenção multifamiliar foram realizados especificamente para este estágio, os dois seguintes instrumentos, de forma a dar resposta à avaliação das intervenções realizadas, e tendo como intenção interferir o menos possível na dinâmica predefinida pelo grupo terapêutico, evitando transtornos quer para as famílias quer para as terapeutas.

Diário Emocional - Este instrumento foi construído neste estágio propositadamente para avaliar os efeitos da intervenção ao longo das sessões do grupo multifamiliar, para melhor monitorização da evolução preceptiva de cada elemento por parte de ele próprio e das terapeutas e com o objetivo de ter indicadores para preparar as sessões seguintes. Visa sobretudo ser uma "tarefa terapêutica" sobre a capacidade de expressão de sentimentos associada a uma reflexão pessoal sobre as vivências individuais de cada membro, relacionadas com o grupo multifamiliar. É um questionário de auto preenchimento constituído por 6 questões do tipo abertas. Para se tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa do questionário em apêndice. (Apêndice I)

Grelha de Observação para Avaliação dos Resultados do Grupo Multifamiliar – este instrumento trata-se de uma grelha de observação, com o objetivo de avaliação dos resultados do grupo multifamiliar, com indicadores relativos à expressão de sentimentos e emoções e indicadores gerais. Este instrumento foi construído no estágio com o intuito, de ajudar à reflexão das terapeutas no final de cada grupo multifamiliar. Para se tornar mais fácil compreensão é apresentada uma nota explicativa do questionário em apêndice. (Apêndice II)

Relativamente às técnicas e estratégias utilizadas no trabalho com as famílias, foram inspiradas na filosofia sistémica da qual se alimenta o próprio referencial teórico e metodológico do MDAIF. A abordagem estratégica centrou-se na relevância dos processos de comunicação, com a utilização de técnicas capazes de produzir mudança como: a **redefinição**, em que a situação é reenquadrada passando a ser olhada de outra forma pelo sistema; a **conotação positiva**, que procura dar um outro significado ao acontecimento; o **paradoxo**, que pretende dar a família a responsabilidade pelo

sintoma sugerindo, a manutenção do comportamento sintomático; ou a **metáfora**, como forma de provocar a mudança através de uma comunicação indirecta utilizando metáforas ou histórias (Barker, 2000). Embora não sejam considerados técnicas ou estratégias importa salientar que os princípios de **circularidade**, **neutralidade** e **hipotetização** foram norteadores das estratégias utilizadas, pela sua adequação à dimensão clínica de enfermagem de família como diria Figueiredo (2012).

O questionário sistémico – Suportando-me no que o MDAIF refere, o questionário sistémico tornou-se a principal estratégia utilizada durante o processo de intervenção. As questões sistémicas possibilitam avaliar os comportamentos internacionais (Relvas, 2003 cit por Figueiredo, 2012) e promover mudanças. Esta estratégia Integra diferentes tipos de questões de intervenção com vista a mudanças concretas no funcionamento familiar e que foram usadas durante a intervenção: **questões lineares**, que facilitam a definição do problema; **questões estratégicas**, que usando a confrontação são orientadoras de novos padrões; **questões circulares**, que focalizam os efeitos comportamentais e as diferenças; e as **questões reflexivas** como questões que geram mudança, facilitadoras da co-construção de novas visões. (Palazzoli, e tal, 1980 cit por Figueiredo, 2012)

Algumas sessões englobaram também dinâmicas e técnicas específicas de acordo com os objetivos delineados, incluindo técnicas expressivas ou facilitadoras da comunicação foram realizados especificamente para este estágio dois dos seguintes instrumento como seja por ex. a actividade plástica (desenho), que permite usar da criatividade para facilitar expressar emoções ou resolver emoções que de outra forma seriam mais difíceis ou mesmo impossíveis de serem expressos, permitindo transportar ao consciente sentimentos inconscientes aprofundando o conhecimento interno Ferraz (2009). Outra estratégia utilizada foi a integração da música (audição musical) que pretende ser um elemento com via de acesso ao inconsciente, fazendo com que o indivíduo tenha uma relação intrínseca com a capacidade de compreender o mundo à sua volta, permitindo, a partir disso imergir nas suas emoções, promovendo a criação artística, vinculada à emoção, como forma de estabelecer uma relação entre o corpo e o sentimento (Ferraz, 2009). Estes são exemplos de mediadores usados não existindo como mediadores fixos. A componente educacional também foi tida em conta como estratégia sobretudo sobre a doença da dependência de álcool na família, tal como

defendem Faloon et al (2002). Bauml, et al (2006) defendem que a psicoeducação deve ser encarada como uma intervenção de âmbito psicoterapêutico denominando-a de *"psicoterapia básica específica."*

A coterapia pode ser também considerada como estratégia. Foi usada nos dois âmbitos de intervenção no sentido de um dos terapeutas perceber o que o outro não está a captar, ao conduzir a sessão com a família ou o grupo multifamiliar. Neste sentido a dupla ou tripla terapêutica, como foi neste caso, garante um maior aproveitamento terapêutico, ao sinalizar os diferentes movimentos dando-lhes um sentido no contexto familiar ou multifamiliar Badaracco (2000).

2.4 Procedimentos

Como um dos primeiros procedimentos a destacaria a escolha do MDAIF como referencial teórico e a sua matriz operativa como estratégia metodológica, para este contexto de avaliação e intervenção com a família. Para tal tive a oportunidade estar, em Lisboa e no Porto, em momentos de formação com a autora, que ao tomar conhecimento do projeto de estágio me deu autorização para a adoção do seu modelo e utilização da matriz operativa correspondente .

Outro procedimento que decorreu ao longo do estágio e que se tornou essencial foi a participação no fórum de discussão sobre o MDAIF, para poder ver respondidas algumas das dúvidas relacionadas com a operacionalização do mesmo através do contributo dos vários enfermeiros participantes.

Os procedimentos éticos como a existência clara do consentimento informado de qualquer um dos participantes e para a realização das intervenções foi primordial, tal como a autorização prévia do director e da equipa do contexto onde foi realizado o estágio.

Relativamente aos procedimentos relacionados com a intervenção, foram de certa forma distintos comparando a intervenção unifamiliar com a multifamiliar, o que obedece à necessária distinção dos mesmos. As duas intervenções decorreram em simultâneo ao longo do período de estágio, em dias e horários distintos.

Procedimentos tidos em conta na Intervenção Unifamiliar:

Relativamente ao processo de selecção das duas famílias foi, sequente à apresentação do projeto de estágio "família um lugar ao desafio – Intervenção do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica com a família da pessoa dependente de álcool" em reunião, com toda a equipa da unidade de alcoologia (Apêndice III). Nessa reunião, foram consideradas as famílias com prioridade na intervenção de enfermagem no âmbito familiar, pela equipa multidisciplinar, tendo em conta também os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente. As famílias em causa foram posteriormente encaminhadas, por um psicólogo e por uma assistente social gestor de caso correspondentes a cada família. Esta selecção obedeceu ainda à aprovação da restante equipa e do director clínico do serviço de ambulatório.

As sessões familiares decorreram com um intervalo máximo de 15 dias habitualmente em horário pós laborar/escolar, adequando-se a melhor forma da vinda de cada família. As sessões compreenderam um total de 7 sessões por cada família ao longo de todo período de estágio sendo a primeira em novembro e a última em fevereiro. O tempo de cada sessão foi estabelecido de acordo com cada intervenção, mas foi em média de cerca de 90 minutos por sessão. A estrutura de cada sessão desenhou-se à medida das necessidades da família, mas na generalidade foi composta por uma introdução, um desenvolvimento e uma síntese da sessão. Na base destas sessões estiveram implícitas as normas e regras deste serviço. As intervenções terapêuticas decorreram numa sala na unidade de alcoologia, foram moderadas por mim, com momentos de co-parceria/ supervisão do enfermeiro especialista em saúde mental/orientador de estágio, com quem foram sempre previamente preparadas e no final analisadas. Para uma maior compreensão e entendimento, apresenta-se em anexo o planeamento das sessões familiares de uma das famílias (Apêndice IV).

Quanto ao procedimento de avaliação e intervenção com família teve por base o raciocínio clínico de enfermagem subjacente ao MDAIF, seguindo a sua matriz operativa com aplicação de instrumentos auxiliares da avaliação familiar. Desta forma foi possível a elaboração de diagnósticos e elaboração do plano de cuidados. Para

uma maior compreensão e entendimento, apresenta-se em anexo o plano de cuidados de uma das famílias (Apêndice V).

A avaliação dos resultados foi um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. Os resultados foram traduzidos por mudanças nos juízos de diagnóstico, a avaliação do processo e resultado permitiu tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, quanto à formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação do plano de cuidados. Foram também considerados indicadores gerais de avaliação como o *feedback* da família e dos técnicos relacionados com o processo de tratamento da mesma, como os gestores de caso, os orientadores clínicos da intervenção e respectiva equipa multidisciplinar.

Procedimentos tidos em conta na Intervenção Multifamiliar:

O processo de selecção das famílias que constituíram o grupo multifamiliar foi anterior ao início do estágio uma vez que o grupo já havia sido composto e já estava em curso a sua intervenção. Estas famílias foram então seleccionadas de acordo com os critérios descritos anteriormente e após entrevistas iniciais de acolhimento que compõem o próprio programa. As famílias em causa são também encaminhadas para o programa, pelo gestor de caso da pessoa dependente de álcool de acordo com a motivação da família.

O grupo multifamiliar decorreu uma vez por mês das 18:30 às 20:00h. Durante o estágio estive presente em 10 grupos multifamiliares. A estrutura de cada grupo multifamiliar foi desenhada pelas terapeutas com a minha participação, antes de cada sessão. Na base destas sessões estiveram implícitas as normas e regras do próprio programa a que todos os presentes tiveram acesso anteriormente. As intervenções terapêuticas decorreram numa sala na unidade de alcoologia. O procedimento passou por estar em coterapia com duas psicólogas ao longo de todas as sessões e assumir numa sessão a orientação do grupo.

Os instrumentos criados para avaliação dos resultados da intervenção (diário emocional e grelha de observação) só foram possíveis de aplicar numa única sessão, na qual tive a orientação do grupo à minha responsabilidade. Não tendo sido possível

medir a eficácia da intervenção ao longo dos grupos multifamiliares, de forma a não impactar com as dinâmicas próprias do grupo, mantém-se no entanto como instrumentos que podem ser recurso para aplicar numa outra experiência.

O raciocínio clínico de enfermagem esteve subjacente ao referencial teórico do MDAIF, não tendo no entanto sido aplicada a sua componente operacional, uma vez que o grupo multifamiliar já se havia integrado num programa de tratamento com uma operacionalização própria.

Para avaliação foram considerados indicadores gerais de avaliação como o Feedback da família e dos técnicos relacionados com o processo de tratamento da mesma, como os gestores de caso e as terapeutas do grupo.

Considero ainda como procedimento fundamental para a minha intervenção ter estado activamente e durante os 5 meses de estágio semanalmente com o grupo de prevenção de recaída que engloba as pessoas com dependência de álcool que participam mensalmente com as suas famílias no grupo multifamiliar. No total estive presente em 18 grupos em coterapia.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES

Este capítulo fará uma descrição das intervenções do desenho à sua implementação, com detalhe no trabalho realizado com a família da pessoa com dependência de álcool. Estará ainda na sua composição a descrição e análise dos resultados obtidos em cada intervenção, traduzindo algumas das principais considerações tecidas nos capítulos anteriores. Por último será apresentada uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências profissionais.

3.1 Apresentação e resultados da Intervenção Unifamiliar

Neste estágio de enfoque à intervenção na crise trabalhando colaborativamente com a família no âmbito da dependência de álcool. Uma vez que a intervenção familiar realizada, se centrou na família com integração do indivíduo doente, segundo Pereira, et al (2006) esta denomina-se intervenção unifamiliar.

Neste contexto, a avaliação e intervenção efetuadas com a família foram norteadas pela matriz da estrutura operativa do MDAIF. Desta forma, a avaliação e intervenção com família teve por base o raciocínio clínico de enfermagem subjacente ao MDAIF.

No âmbito da **dimensão estrutural**, foi delineada a estrutura interna e externa da família, tendo como guião a matriz operativa do MDAIF assim como, o auxílio de outros instrumentos, nomeadamente, o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada. Assim, foi elaborado com a família o genograma e o ecomapa, sendo os dados explanados nas descrições realizadas ao longo da avaliação estrutural. Foi identificada a composição da família, os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas como a família extensa (outros parentes) e os sistemas amplos (locais de trabalho, escola, amigos, consultas, instituições dedicadas ao lazer) Da avaliação efetuada o tipo de família em análise é classificada de: Família 1 - **Família Nuclear** e Família 2 – **Família Alargada**.

A escala de Graffar adaptada foi aplicada, em que o resultado em relação à Família 1 foi **Posição Social II (Classe Social Média Alta)**. Em relação à Família 2, a escala foi aplicada aos dois casais da família alargada em que o resultado em ambos foi de

Posição Social III (Classe Social Média). Nas três situações não foi necessário avaliar as áreas de atenção Rendimento Familiar e Edifício Residencial pois a classificação obtida nos itens fonte de rendimento familiar e tipo de habitação foi - posição social II e III.

No âmbito da **dimensão desenvolvimental**, foi efetuada a identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra de acordo com Relvas citada por Figueiredo (2009, 2012). Assim família 1 - **família com filhos adolescentes** e Família 2 – **família com filhos adultos**, o que permitiu melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face a este contexto, nomeadamente o papel parental e a satisfação conjugal.

Por fim, na **avaliação funcional** a área de atenção foi o processo familiar. As várias dimensões do processo familiar avaliadas (comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares) permitiram uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar. Para complementar esta avaliação foram aplicadas as três escalas sugeridas no MDAIF, nomeadamente: 1) Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Caeiro, 1991 citado por Figueiredo, 2009, 2012); 2) Escala FACES II (Fernandes, 1995 citada por Figueiredo, 2009, 2012) e 3) APGAR Familiar de Smilkstein (Smilkstein, 1978 citado por Figueiredo, 2009, 2012).

No caso da aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à Família1: foram identificados como acontecimentos stressantes no último ano: acidente ou doença grave (53); doença grave de família (44), problemas sexuais (39); dificuldade com a família do cônjuge (29); cônjuge que inicia/termina emprego (26); mudança nas condições de vida (25); alteração nos hábitos pessoais (24); mudança de atividades sociais (18); mudança de hábitos alimentares (15); Natal (12). O *score* obtido foi 285 o que sugere a probabilidade, de **80%, de ocorrência de doença física e mental, em um ou vários elementos da família.**

No caso da aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à Família2: foi aplicada ao conjunto dos elementos da família. Foram identificados como acontecimentos stressantes, no último ano: doença grave (53); reforma (45);

readaptação profissional (39); alteração dos hábitos pessoais (24); mudança de residência (20); mudança de atividades sociais (18); mudança nos hábitos de sono (16). O *score* obtido foi 215 o que sugere a probabilidade, de **50%, de ocorrência de doença física e mental, em um ou vários elementos da família.**

A aplicação desta escala permitiu a identificação de eventos familiares geradores de stress e por outro lado, possibilitou, não só encontrar uma relação entre os níveis de stress decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família, como identificar os tipos e os padrões de transição ocorridos recentemente. A sua aplicação no contexto do processo familiar, permitiu um entendimento globalizante e orientador face às restantes dimensões familiares.

No caso da aplicação da Escala FACES II à Família1: a escala foi utilizada individualmente aos membros da família, não tendo sido aplicada à criança. Relativamente à coesão, a família foi classificada de **Muito Ligada** pois o *score* obtido foi de 71,67 (classe 7). Relativamente à adaptabilidade, a família foi caracterizada como **Flexível** por ter sido obtido um *score* de 49 (classe 5). Assim, quanto ao tipo de família, foi classificada de **Equilibrada** devido à obtenção de um *score* de 6 (classe 5-6).

No caso da aplicação da Escala FACES II à Família 2: a escala foi utilizada individualmente aos membros da família. Relativamente à coesão, a família foi classificada de **separada** pois o *score* obtido foi de 53,4 (classe 3). Relativamente à adaptabilidade, a família foi caracterizada como **estruturada** por ter sido obtido um *score* de 45,8 (classe 4). Assim, quanto ao tipo de família, foi classificada de **meio-termo** devido à obtenção de um *score* de 3,5 (classe 3-4).

No caso da aplicação da Escala APGAR Familiar à Família 1: este instrumento foi aplicado a todos os membros da família com exceção da criança sendo que o resultado por cada membro foi o seguinte: membro 1- família com moderada disfunção (Score 6); membro 2 - família com moderada disfunção (Score 4); membro 3 - família com moderada disfunção (Score 6). O resultado da família revelou que a família se percepçiona com **moderada disfunção.**

No caso da aplicação da Escala APGAR Familiar à Família 1: este instrumento foi aplicado a todos os membros da família sendo que o resultado por cada membro foi o seguinte: membro 1- família altamente funcional (Score 8); membro 2 - família altamente funcional (Score 9); membro 3 - família com moderada disfunção (Score 6); membro 4 - família altamente funcional (Score 10); membro 5 - família altamente funcional (Score 7). O resultado da família (a média família) revelou que a família se percebe como **altamente funcional**.

À avaliação desta área de atenção foi adicionada a aplicação de um outro instrumento de avaliação - Questionário de auto-avaliação familiar.

No caso da aplicação do Questionário de auto-avaliação familiar à Família 1: foi preenchido por dois elementos da família, excluído a pessoa com dependência de álcool e a criança e os resultados foram os seguintes: membro 2: 15 respostas sim e 6 respostas não e membro 3: 9 respostas sim e 12 respostas não. Assim nestes elementos da família assiste-se à evidência de **existência de problemas familiares decorrentes do alcoolismo**.

No caso da aplicação do Questionário de auto-avaliação familiar à Família 2: foi preenchido por 4 elementos da família, excluído a pessoa com dependência de álcool e os resultados foram os seguintes: membro 2: 14 respostas sim e 7 respostas não; membro 3: 16 respostas sim e 5 respostas não; membro 4: 8 respostas sim e 13 respostas não; membro 5: 9 respostas sim e 12 respostas não. Assim nestes elementos da família assiste-se à evidência de **existência de problemas familiares decorrentes do alcoolismo**.

Respectivamente à avaliação familiar, nas 3 dimensões avaliativas (estrutural, desenvolvimental e funcional), comprova-se o que a literatura refere, parecendo haver um prejuízo mais severo na dinâmica familiar da família 2 com uma história de dependência de álcool na família mais prolongado (55 anos) e de início precoce (14 anos) do que no caso da família 1 com história de dependência de álcool mais recente (14 anos) e um consumo de início mais tardio (18 anos).

Face aos dados obtidos com a avaliação familiar procedeu-se à enunciação de diagnósticos de enfermagem que corresponderam à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas.

Os diagnósticos de enfermagem enunciados encontram-se descritos no plano de cuidados à Família 1 compreenderam a dimensão desenvolvimental e a dimensão funcional - expressiva. Assim, na primeira o diagnóstico de enfermagem enunciado prendeu-se com **satisfação conjugal não mantida, por relação dinâmica disfuncional, comunicação não eficaz e Papel parental não adequado**. Na dimensão funcional, o diagnóstico de enfermagem enunciado teve a ver com o **processo familiar** que se encontrava **disfuncional**.

Os diagnósticos de enfermagem enunciados encontram-se descritos no Plano de Cuidados à Família 2 compreenderam a dimensão desenvolvimental e a dimensão funcional. Assim, na primeira o diagnóstico de enfermagem enunciado prendeu-se com o **papel parental não adequado**. Na segunda, o diagnóstico de enfermagem enunciado teve a ver com o **processo familiar** que se encontrava **disfuncional**. Para que seja mais fácil a identificação dos diagnósticos apresenta-se em anexo um exemplo do plano de cuidados (Apêndice V).

A intervenção com a família assentou sobretudo na filosofia do pensamento sistémico tendo como referencial teórico o MDAIF e decorreu da análise dos dados obtidos na interacção com as famílias, face à complexidade, intersubjectividade e contextualidade das mesmas. Os diagnósticos corresponderam à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas. O planeamento das intervenções conducentes à mudança, considerou primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança fosse percebida como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano de cuidados. As intervenções foram direccionadas para necessidades identificadas nas áreas de atenção familiar permitindo ajustar essas intervenções às necessidades da família, considerando os processos familiares inerentes ao seu desenvolvimento, à sua estrutura e modo de funcionamento. As intervenções de enfermagem tornaram-se assim promotoras da capacitação da família na resolução dos seus problemas e que, desenvolvidas num

contexto relacional, integraram as respostas afectivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico. As mudanças ocorridas nas famílias foram determinadas pela coerência da estrutura biopsicosocial de cada sistema familiar.

As intervenções foram direccionadas para as necessidades identificadas nas áreas de atenção familiar mais relevantes sob o ponto de vista da enfermagem de saúde mental. A estrutura operativa do modelo, tornou-se numa estrutura orientadora que permitiu ajustar as intervenções às necessidades da família, considerando a complexidade dos processos familiares inerente ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento. O desenvolvimento das intervenções focalizou-se na concretização de mudança face aos objetivos negociados e perspectivados para a maximização do potencial de saúde familiar. Assim as intervenções delineadas tiveram como objetivo o fortalecimento dos recursos da família, tendo em vista o bem-estar de todos os membros. Incidiram essencialmente na melhoria das capacidades familiares e na resolução de problemas reais da família. Para melhor compreensão das intervenções realizadas apresenta-se em anexo o exemplo de um plano de cuidados (Apêndice V).

Na concretização das intervenções de enfermagem foram tidos em conta os princípios de **circularidade**, **neutralidade** e **hipotetização** pela adequação à dimensão clínica da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no contexto familiar. Relativamente à questão da hipotetização importa lembrar que, na família, *"um sintoma é apenas um símbolo de mau-estar familiar"* (Relvas, 1999, p. 103). O sintoma que estas duas famílias traziam era a dependência do álcool de um dos seus membros. Atrás desse sintoma foram-se revelando outros problemas e comportamentos persistentes noutros membros da família, o que ajudou a redefinir o pedido inicial da família. No que diz respeito ao princípio da neutralidade, este foi considerado um conceito e ideia chave nas intervenções familiares, ou seja, o enfermeiro será aliado de todos e de nenhum (Jones, 2004). O princípio da circularidade, foi outro conceito chave. Assim, durante o processo de intervenção foi utilizada uma forma de questionar sistémica, mobilizando questões circulares focalizadas nos efeitos comportamentais e questões reflexivas facilitadoras da co-construção de novas visões, no fundo questões que geram mudanças e que, integradas no contexto das intervenções propostas, possibilitaram mudanças concretas no funcionamento familiar. Face aos objetivos definidos com a

família, tendo em conta as suas fragilidades e forças, foram determinadas as situações em que se tornou mais adequado a utilização das perguntas de intervenção, englobando-as num contexto de intencionalidade dos cuidados de enfermagem prestados à família.

A avaliação dos resultados foi e deverá continuar a ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de diagnósticos. Os resultados foram traduzidos por mudanças nos juízos de diagnóstico, a avaliação do processo e resultado permitiu tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, quanto à formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação dos planos de cuidados.

Assim a avaliação dos resultados (Apêndice V) traduz as mudanças ocorridas no funcionamento familiar ao nível da dimensão cognitiva, afectiva e comportamental.

A família 1: demonstrou algumas alterações ao nível: do papel parental no que diz respeito à autonomia e confiança do familiar dependente de álcool; da aquisição de novos conhecimentos sobre a doença; da forma de execução dos papéis familiares e das estratégias adoptadas; da comunicação entre todos os elementos da família e da resolução de problemas familiares. O resultado da aplicação do instrumento Faces II aos elementos a família, na avaliação de *follow-up*, revelou a seguinte evidência: relativamente à coesão, da família foi classificada de Ligada pois o *score* obtido foi de 61,67 (classe 5) e relativamente à adaptabilidade, a família foi caracterizada como Flexível por ter sido obtido um *score* de 49 (classe 5). Assim, quanto ao tipo de família, foi classificada de Equilibrada devido à obtenção de um *score* de 5 (classe 5-6). Os resultados apontam para uma **mudança na coesão de família muito ligada para ligada**, não havendo alterações significativas quanto à adaptabilidade, **mantendo-se flexível** e quanto ao **tipo de família à mudança de Meio-termo para Equilibrada**. Quanto aos resultados de aplicação do instrumento APGAR Familiar de Smilkstein aos elementos a família, na avaliação de *follow-up*, no final do estágio, revelou o seguinte: membro 1- família altamente funcional (Score mudou de 6 para 8); membro 2 - família com moderada disfunção (Score mudou de 4 para 6); membro 3 - família altamente funcional (Score mudou de 6 para 7). O resultado

da família revelou que após a intervenção familiar a família se passou a perceber como **altamente funcional**.

A família 2: demonstrou algumas **alterações ao nível: da comunicação** entre todos os elementos da família e em relação ao familiar doente; **da resolução de problemas familiares**. Não foi possível a aplicação do instrumento Faces II a todos os membros da família, na avaliação de *follow-up*, o que não permite revelar qualquer evidência no que diz respeito à alteração da coesão, da adaptabilidade familiar ou alteração de tipo familiar. Quanto aos resultados de aplicação do instrumento APGAR Familiar de Smilkstein aos elementos a família, na avaliação de *follow-up*, no final do estágio, revelou o seguinte: membro 1- família altamente funcional (manteve Score 8); membro 2 - família altamente funcional (manteve Score 9); membro 3 - família altamente funcional (mudou Score de 6 para 7); membro 4 – família altamente funcional (mudou de Score 10 para 9) e membro 5 – família altamente funcional (mudou Score de 7 para 9). O resultado da família revelou que após a intervenção familiar a família mantém a mesma percepção como **altamente funcional**.

Quando questionadas, as duas famílias identificaram o papel do enfermeiro, de ajuda e suporte emocional e o tipo de intervenção centrada na família, como aspectos primordiais nesta fase da vida familiar e face à adaptação perante a situação de dependência de álcool do seu familiar.

Os resultados obtidos na intervenção com a Família 1 e Família 2 levam a inferir a efectividade da intervenção familiar, com efectivos ganhos na saúde familiar que se manifestaram pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar das duas famílias.

Considero que se constituíram como estratégias chave, para mobilizar nas famílias os seus recursos internos, que lhe conferiram capacidade para enfrentar, de forma mais eficaz, a dependência de álcool no seio familiar: o fortalecimento da comunicação e a gestão dos conflitos intrafamiliares com a utilização do questionário sistémico como técnica de eleição.

3.2 Apresentação da Intervenção Multifamiliar

Uma vez que a intervenção familiar realizada, se centrou na família em integração com outras famílias, denomina-se no contexto clínico por intervenção multifamiliar. A intervenção com a família assentou na filosofia do pensamento sistémico tendo como referencial teórico o MDAIF. Embora neste contexto multifamiliar não tenha tido cabimento a aplicação da proposta operativa tal como foi desenhada pela autora com a avaliação prevista das famílias, a elaboração de diagnósticos de enfermagem e consequente delinear de intervenções assentes num plano de cuidados individualizado para a família. As intervenções realizadas tiveram, no entanto o mesmo raciocínio clínico embora de uma forma não sistematizada.

Estando em coterapia, pude observar, aprender e experimentar técnicas que fizeram parte do manejo do grupo: *cognitivo-comportamentais*, princípios *psicodinâmicos*, dinâmicas de grupo e técnicas sistémicas. Para que melhor seja compreendido será apresentado o plano do grupo multifamiliar (Apêndice VI) em que foi assumido pelas terapeutas a minha liderança na preparação e manejo do grupo. No final da sessão foi dado a cada familiar o diário emocional e foi preenchida pelo grupo de terapeutas a grelha de observação para avaliação dos resultados.

Apesar de não serem definidos como referenciais teóricos, são considerados para as terapeutas do programa Lambaz & António (2010), como aspectos essenciais para o sucesso do percurso do grupo: a empatia, a capacidade de compreender, de se ligar e de transformar. Assim esta intervenção multifamiliar, serviu-se de técnicas e de dinâmicas de grupo, como *roleplay*, partilha de experiências ou ser o grupo a encontrar as soluções. As técnicas usadas foram surgindo conforme as necessidades chegando em alguns casos a serem propostas pelo próprio grupo multifamiliar. A partilha de experiências, como situações de lapsos ou recaídas anteriores, a expressão de sentimentos e o processo experiencial e de aprendizagem no aqui e agora do contexto grupal possibilitaram a inclusão de estratégias, novas ideias que conduziram ao crescimento e desenvolvimento pessoal e familiar quer dos seus membros individualmente quer da família enquanto um todo. Tudo isto foi decorrendo para que o indivíduo/ família se vá sentindo individualizado, diferenciado como um sistema próprio mesmo dentro de outros sistemas. Isso permitiu que cada membro da família fosse

estruturando o seu sentimento de identidade que se segundo as terapeutas se pretende de uma identidade de liberdade ao invés de uma liberdade de dependência.

Relativamente a esta intervenção não se aplica uma apresentação ou análise de resultados por não sido feita uma avaliação sistematizada das famílias antes e após a intervenção. No entanto foi possível verificar alguns pontos em comum na evolução dos seus processos familiares. De uma forma geral foi evidente uma evolução positiva quanto aos indicadores relativos à expressão de sentimentos, melhorando na maioria dos casos a capacidade de identificar, expressar e verbalizar sentimentos e emoções, bem como, expressar-se de forma espontânea. De uma forma geral as famílias também se apresentaram receptivas e com uma boa interacção com o restante grupo. Foi ainda possível identificar alguns casos em que as próprias famílias identificaram melhorias em áreas do seu funcionamento familiar.

3.3 Análise centrada no desenvolvimento de competências

Benner (2001) na obra, "De Iniciado a Perito", sustentada em Dreyfus e Dreyfus (1980), descreve um modelo de evolução e desenvolvimento de competências estruturado em cinco estádios (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). Esta construção evolutiva de aquisição de competências é referida por Phaneuf (2005) que relata competência clínica em enfermagem como um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que permite exercer as funções de enfermagem ao nível da excelência.

Este enquadramento teórico esteve na base do caminho que fui traçando ao longo desta formação de mestrado em enfermagem na área de especialização de saúde mental e psiquiátrica, no sentido de melhorar competências já desenvolvidas e adquirir novas, sempre numa perspetiva teórico/prática, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados à pessoa / família no âmbito da dependência de álcool.

Segundo Alarcão (2001), ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam

nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. Concluído o estágio importa fazer um balanço relativo à operacionalização dos objetivos e atividades realizadas, equacionado a aquisição e desenvolvimento das competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Competência F1 (OE /Regulamento nº129/2011)

"Detém um elevado conhecimento de si enquanto enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional". (p. 4)

Penso ter desenvolvido esta competência, através das acções que levaram à concretização do objetivo de estágio: promover processos de auto-conhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da prestação de cuidados à família da pessoa dependente de álcool. Para tal contribuiu a reflexão sobre a influência das minhas vivências e o confronto na relação terapêutica estabelecida, através: da elaboração de registos de interação, diários de campo bem como os encontros com os orientadores docentes e clínicos. Neste caminho de autoconhecimento identifiquei: emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstâncias possíveis de interferir na relação terapêutica com a família da pessoa dependente de álcool e com a equipa multidisciplinar. Estive atenta a medos, crenças, hábitos, preconceitos, mecanismos de protecção e defesa. Ultrapassei e refleti sobre fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses e resistências na relação terapêutica e mantive o contexto e limites na relação profissional.

Competência F2 e F3 (OE /Regulamento nº129/2011)

"Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos, e comunidade na optimização da saúde mental; e "Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto." (p. 4-6)

A concretização do objetivo: Treinar a concepção e aplicação do plano de cuidados especializados e individualizado de enfermagem de saúde mental, à família, no âmbito da dependência de álcool, foi a estratégia encontrada para o desenvolvimento destas duas competências. Para operacionalizar esse objetivo foram realizadas as seguintes

atividades: formação no MDAIF da Prof.^a Maria Henriqueta Figueiredo em sessões no Porto e Lisboa; selecção criteriosa das famílias em conjunto com os gestores de caso e respectiva equipa multidisciplinar da unidade de alcoologia; elaboração do plano de cuidados especializado à família com avaliação diagnóstica e intervenção na família da pessoa dependente de álcool segundo o referencial teórico do MDAIF; aplicação de instrumentos de avaliação (Matriz Operativa do MDAIF, APGAR familiar de Smilkstein, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe FACES II, Notação Social da Família - Graffar adaptado); aplicação adicional de outros instrumentos de avaliação, pertinentes; participação no fórum de discussão sobre o MDAIF; promoção de reuniões com orientadores de estágio e docentes para supervisão clínica e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar.

Em jeito de avaliação face ao desenvolvimento destas duas competências reforço: a relação com os orientadores e com outros enfermeiros no fórum do MDAIF assente na partilha de experiências e discussão das situações trazidas pelo trabalho com as famílias; a existência de um bom relacionamento com a equipa multidisciplinar através do diálogo e escuta; a discussão com os orientadores e com a equipa multidisciplinar sobre as atividades a realizar; a colaboração com a equipa multidisciplinar nas várias atividades já em curso; a revelação do sentido de responsabilidade, disponibilidade e honestidade; o conhecer e cumprir as normas e regras do serviço.

Competência F4 (OE /Regulamento nº129/2011)

"Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde." (p. 6-8)

Para fazer face ao desenvolvimento desta competência foi essencial experimentar intervenções de âmbito psicoterapêutico pertinentes para a prestação de cuidados à família da pessoa dependente de álcool. As atividades realizadas para a concretização deste objetivo e consequente desenvolvimento da competência referida, foram as seguintes: planeamento e discussão pré e pós sessão com o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental; utilização de estratégias e técnicas de intervenção de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional com a família da pessoa

dependente de álcool; participar em coterapia nas intervenções de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional do programa de tratamento Intensivo da Unidade de Alcoologia.

Com realização destas atividades penso ter conseguido: fornecer antecipadamente orientação às famílias, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais; ensinar a família sobre a temática da dependência de álcool; promover a adesão da família ao tratamento; implementar intervenções familiares centradas nas respostas humanas; utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentem o "*insight*" da família, permitindo elaborar novas visões do problema; utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem à família a integrar a dependência de álcool e os efeitos por ela causados, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam melhorar a saúde familiar; utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam aos membros da família libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes

É de salientar que os vários objetivos se mostraram sintónicos e complementares para o desenvolvimento das competências, tendo sido operacionalizados em simuladamente num processo de co-evolução profissional e pessoal, não havendo barreiras ou limites estanques entre os mesmos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio na sua globalidade teve como finalidade Intervir com a família no âmbito da dependência de álcool e foi norteado pelo seguinte objetivo geral: desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde mental, ao nível da prestação de cuidados à família da pessoa com dependência de álcool. Diria que, de acordo com os objetivos específicos estabelecidos para o estágio estes foram alcançados pois treinei a concepção e aplicação do plano de cuidados especializado e individualizado de enfermagem de saúde mental, à família e, experimentei intervenções de âmbito psicoterapêutico pertinentes. O que me permite afirmar a aquisição das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental descritas no Regulamento nº129/2011 da OE.

Fazendo um balanço final do estágio, considero que o caminho percorrido, em termos de autoconhecimento foi estruturante, tanto em termos pessoais como profissionais assumindo-o como um processo complexo, de confronto com barreiras internas mas que de uma forma intensa evidenciou a aquisição de competências neste âmbito. Foi um processo que primou pela acção e a inovação, colocando a mim, aos pares, aos orientadores e às famílias vários desafios ao longo do mesmo. Desta forma, sinto o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos impulsionadores da co-evolução deste processo que se construiu tendo como alicerces o conteúdo científico e a problematização reflexiva das práticas com as famílias no âmbito da dependência de álcool. Senti que fiquei diferente pois reconheço que houve mudanças, como o crescimento no estar em relação terapêutica, no entanto, tenho a noção do caminho a percorrer.

Estes processos de desenvolvimento pessoal permitem melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam, pois significa desenvolver a capacidade de tomar consciência da própria experiência, avaliá-la, verificá-la, corrigi-la, pois é expressão da busca pelo desenvolvimento, pela maturidade com vista à autonomia e responsabilidade, como diria Rogers & Kingt (1997) citados por Rispaill (2003).

Promover processos de auto-conhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da

intervenção familiar implicou: evidenciar a capacidade de auto-conhecimento, através de processos de reflexão desencadeados por mim, pelos meus pares e docentes orientadores; refletir sobre fenómenos de transferência e contra-transferência presentes; identificar emoções, sentimentos e valores que tenham emergido e refletir sobre a gestão do *"setting"* e dos limites terapêuticos.

Sinto que se tratou de um processo dinâmico de ajustamento co-evolutivo e de mudança que mobilizou recursos internos e externos promotores da forma de olhar a problemática *desafiante* que é a família da pessoa dependente de álcool, considerando a complexidade das suas interações.

O MDAIF levou-me a integrar que as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental devem enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas, tendo o enfermeiro o papel de facilitador da co-construção dessas soluções. Assim ajudou-me a repensar que o enfermeiro deve intervir com a família e não exclusivamente na família, de forma a contribuir para um nível desejável de saúde familiar.

Contudo, não posso deixar de referir as dificuldades sentidas. Destaco a dificuldade em encontrar práticas baseadas na evidência, sobre intervenções específicas de enfermagem à família da pessoa dependente de álcool, o que vai continuar a requerer uma pesquisa exaustiva e reflexão constantes no identificar da melhor evidência, que responda à complexidade de futuras situações clínicas. Ainda, e apesar de ser um enorme privilégio estar a contactar com um modelo de origem portuguesa de enfermagem e de filosofia sistémica, o MDAIF, exigiu uma contínua formação para aplicação do modelo, na prestação de cuidados à família no âmbito da dependência de álcool, no que diz respeito ao conhecimento e entendimento profundo do mesmo, dos seus conceitos, pressupostos, princípios, definições e matriz operativa que se traduziu também num autêntico desafio, com ganhos quer pessoais quer para a prestação de cuidados especializados às famílias.

Uma necessidade fundamental, foram as reformulações e reajustes necessários, de acordo com a imprevisibilidade que espera o trabalho com as famílias, não sendo um trabalho estático, rígido, realizado sempre da mesma maneira, mas antes dinâmico, flexível e evolutivo.

Este estágio permitiu-me intervir com as famílias numa abordagem unifamiliar e multifamiliar. Embora na abordagem multifamiliar não tenha sido efetuada uma avaliação familiar tão completa como a de cariz unifamiliar, ou seja, não foram utilizados todos os recursos em termos de avaliação tais como, escalas, questionários, uma vez que senti a necessidade de adaptar essa mesma avaliação ao contexto terapêutico do grupo multifamiliar. Isto implicou uma adaptação na avaliação e intervenção familiar do MDAIF devido à dificuldade em reunir e intervir com a família de forma isolada do restante grupo. Contudo, neste contexto de cuidados de saúde a intervenção junto das famílias foi possível, mas com a família em relação com outras famílias, pois esta necessidade assim o exigiu.

Por ser um modelo sistémico e ao mesmo tempo com um carácter dinâmico e flexível, que de forma sistematizada orienta a prática dos cuidados direccionados à família, considero que o modelo utilizado como orientador da minha prática em contexto de estágio, foi o mais adequado relativamente à intervenção com a família, com as devidas adaptações no contexto do grupo multifamiliar

Considero que o trabalho desenvolvido durante o estágio representou o agir, a mobilização de recursos, conhecimentos científicos e aprendizagens, implicou assumir responsabilidades, correr riscos e comprometer-me. Este trabalho assumiu uma enorme importância no caminho que sigo em direcção ao desenvolvimento profissional e creio que pode ser uma forma de consolidação dos cuidados de enfermagem especializados à família da pessoa dependente de álcool de uma forma pragmática, de baixo custo e com ganhos em saúde para a família e na recuperação sustentada do alcoolismo.

"Como resultado da hereditariedade, da história de vida e das exigências do contexto, o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que enfatizam o desenvolvimento de determinadas competências" (Abreu, 2001,p.121). O conhecimento e a experiência são cada vez mais valorizados em contexto de prática clínica (Abreu, 2001), dando-se primazia ao processo de aprendizagem, pelo qual o estudante candidato à obtenção do grau académico de mestre é o principal responsável pela sua concretização bem sucedida.

O exercício da profissão de enfermagem rege-se por regras relativas à protecção das pessoas como sejam a liberdade, o respeito pela pessoa com a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, a justiça, a procura do bem e a eliminação de riscos desnecessários tendo em vista a melhor solução para o sofrimento, o consentimento informado e a protecção na confidencialidade por parte das pessoas que são alvo da prática clínica dos enfermeiros, seja em contexto do desempenho profissional seja em contexto académico. Assim foi assegurado que as pessoas alvo dos cuidados prestados receberam informação apropriada para consentirem as intervenções realizadas, tendo sido respeitados os princípios éticos da beneficência; da avaliação da maleficência; da fidelidade; da justiça; da veracidade; da confidencialidade e ainda o princípio da vulnerabilidade, que implicou a obrigatoriedade ética de protecção do cliente/família, respeitando a dignidade e fragilidade de todos os seus membros.

Ao longo deste percurso formativo as questões éticas e deontológicas constituíram-se como um dos principais orientadores da prática clínica supervisionada. Do ponto de vista ético, colocou-se sobretudo a escolha de determinadas famílias em detrimento de outras, no entanto impôs-se também a capacidade de seguimento pela equipa após o *terminum* do estágio. Por outro lado, a escolha das famílias a intervir foi devidamente fundamentada pela evidência científica no que concerne aos critérios de intervenção e à eficácia da intervenção quando se trata de uma família com problemática da dependência de álcool.

Do ponto de vista da avaliação de *follow-up*, o tempo entre o decorrer da intervenção e a altura da avaliação num contexto de estágio está limitado pelo tempo, ou seja, no que concerne à avaliação da intervenção familiar efetuada só seria possível avaliar a sua efectividade, para além do tempo de estágio, na continuidade do trabalho colaborativo com estas famílias.

De acordo com Benner (2001) quando diz que com a experiência e o domínio a competência transforma-se e esta mudança leva a um melhoramento das actuações, importa referir que o estágio foi a rampa de lançamento para a consolidação da intervenção como enfermeira de saúde mental e psiquiátrica ao nível da prestação de cuidados à família da pessoa com dependência de álcool pois, compreendi o impacto

do diagnóstico desta doença mental e crónica no sistema familiar e que intervenções se podem desenvolver no sentido de favorecer processos adaptativos na família.

Contudo, é ainda de referir que a equipa que integro elaborou recentemente um programa de prevenção indicada, que pretende oferecer uma resposta especializada direccionada a adolescentes e jovens, para a prevenção de dependências e comportamentos aditivos, que permitiu a chegada do raciocínio clínico de enfermagem, em termos da abordagem diferenciada de avaliação e intervenção sistémica com família dos adolescentes e jovens neste âmbito específico de intervenção.

Encontro neste relatório do estágio um roteiro organizado e pensado que dará sustentabilidade às práticas de cuidados à família no âmbito da dependência de álcool, e quando seguido e aplicado dará sentido ao meu mandato pessoal e profissional enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Este ***lugar ao desafio*** que foi o trabalho *com* a família da pessoa com dependência de álcool, levou-me até à consideração final de que: tal como muitas outras famílias aparentam sofrimento dos seus membros, têm um problema a que chamam "álcool", pois o seu desconforto e sofrimento cristaliza-se em torno do álcool e /ou da pessoa dependente – serão por múltiplos fatores **famílias multidesafiadas** e não sabem como resolver alguns desses desafios sem ajuda! Diria que estas são famílias tal como todas as outras, pouco triviais mas muito imprevisíveis. Não são famílias: 1) desorganizadas, afinal a sua organização não muda, pois ninguém muda os seus verdadeiros alicerces; 2) desestruturadas, pois a estrutura vai mudando, com entrada e saída de elementos, mudança de limites, regras ou normas, mas se há família há sempre uma estrutura; 3) disfuncionais, pois a família mantém-se em funcionamento embora possa ter áreas disfuncionais; 4) com falta de comunicação, pois basta estar em presença para já estar a comunicar, podendo no entanto ter um padrão de comunicação ineficaz ou 5) resistentes há mudança, são apenas coerentes com a sua estrutura, por isso vale a pena insistir com aquilo que as preocupa e não no que achamos que é um problema.

Resumindo serão apenas **famílias desafiantes** para qualquer enfermeiro que privilegie os cuidados de saúde à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001) – *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Àdes, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios Familiares – Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, R., Pasa G., Scheffer, M. (2009). Álcool e Violência em Homens e Mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 252-260.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).
- Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros. Yl descubrimiento del simismo* (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), pp. S1-S9.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bertalanffy, V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Black, C. (1981). *It will never happen to me!*. Denver: Medical Administration Company.
- Bobes, J. (2004). *Guía de Actuación Preventiva para Niños y Jóvenes de Familias com Problemas de Alcohol*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bowen, M. (1988). *Family Therapy in Clinical practice*. New York: Janson Aronson

Brown, S. (1985). *Treating the alcoholic, a developmental model of recovery*. New York: Wiley & Sons.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Despacho nº 1345/2010 de 20 de janeiro. (2010). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 13.

Despacho nº 2976/2014 de 21 de fevereiro. (2014). *Diário da República*, 2.^a série - N.º 37

Despacho nº 3250/2014 de 27 de fevereiro. (2014). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 41

Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano nacional de saúde*. Lisboa: DGS.

Edwards, G., Marshall, E.J. & Cook, C. H. (2005). *O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (Janeiro de 2011). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem*. Lisboa: ESEL

Fallon, I., Mueser, K., Gingerich, S., Rapaport, S., McGill, C., Graham-Hole, V., & Fadden, G. (2002). *Terapia Familiar Comportamental - Manual: Versão Portuguesa*. Lisboa: Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Ferraz, M. et al (2009). *Terapias Expressivas Integradas. Colecção: Expressão em Terapia*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependências: Vol. 2. Uso, abuso e dependências*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2008). *Uso de Substancias: Álcool, Tabaco e outras Drogas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar - dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Gameiro, J. (1992). *Voando Sobre a Psiquiatria*. Porto: Edições Afrontamento.

Garcia, M.P. (2002). Patología familiar y violencia doméstica. En: Monografía Alcohol. *Rev. Adicciones*. 14 (1), pp.221-258..

Gil, J. (2007). *Portugal, Hoje – O Medo de Existir*. Lisboa: Relógio d'Água

Gomes, A. (1996). A Evolução do Modelo Sistémico e a sua aplicação na Terapia Familiar com Toxicodependentes. *Toxicodependências*, Ano 2, 1, pp.35-43.

Goulão, J. (2012, Janeiro-Março). A Saúde mental tem um papel importantíssimo a desempenhar na problemática do alcoolismo. *Hospitalidade*, Ano76, 295, pp.12-15.

Hanson, S. (2005) - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Imber-Black, E. & Colaboradores (1994). *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.. (2011). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 -2012*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P..

Johnson, V. (1986). *Intervention: how to help someone who doesn't want help*. Minneapolis, Minnesota: Johnson Institute Books.

Jones, E. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Klein, D. & White, J. (1993). *Family theories understanding families*. London: Sage Publications.

Krestan, J. & Bepko, C. (1995). Problemas de Alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. In Carter, B & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lambaz, R. & António. P. (2010). Desenho de um Programa de Tratamento Intensivo em ambulatório a decorrer na Unidade de Alcoologia de Lisboa. *Toxicodependências*, 16 (1), pp. 79-85.

Lima, D., Azevedo, R., Gaspar, K., Silva, V., Mauro, M. & Botega, N. (2010). Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*, 59(3), 167-172.

Madelin, R. (2008). *Alcohol and Health: the EU Strategy*: European Alcohol and Health Forum. Brussels: EU.

Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. *Revista portuguesa de clínica geral*, 24, p. 293-300.

Mello, M. L. M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2010). *Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Miranda, N., Simpson, C., Azevedo, D. & Costa, S. (2006). O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8 (2), pp. 222 – 232.

Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.html

Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*, 30, pp. 38-43.

Norwood, R. (1985). *Mulheres que amam demais*. São Paulo: Nova Cultura

O'Farrel, T. (1992). Families and alcohol problems: An overview of treatment research. *J Fam Psychology*, 5, pp.339-359.

Olson, D. H., Bell, R., & Portner, J. (1992). *FACES II*. In D. H. Olson, *Family Inventories Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, pp.1-8

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, pp.1-2

Organização Mundial de Saúde (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva:WHO.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionadas à saúde, 10ª revisão*. (7a ed, vol.1). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. (Trad. Centro colaborador da OMS para a Classificação de doenças em Português).

Osório, L.C. & Porto, M.M. (1996). *A Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Paiva Moraes, L. M., Batista Braga, V. A., Alves Souza, Â. M. & Batista Oriá, M. O.(2009 Janeiro-Março). Expressão da Codependência em Familiares de Dependentes Químicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), pp. 34-42.

Parran, T., Liepman, M.; Farkas, K. (2003). *The Family in Addiction*. In Graham, A. (2003). *Principles of addiction medicine*. (3a. ed.). Chevy Chase, MD: American society of Addiction Medicine.

Pereira, M. G., Xavier, M., Neves, A., Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia - Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, pp. 1-8.

Regulamento nº 129/2011. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República 2ª Série, nº 35.

Relvas, A. (1998). História de Famílias, história familiar e toxicodependência. Da compreensão à intervenção. *Toxicodependências*. Ano 4, 3, pp. 81-88.

Relvas, A. P. (1999). *Conversas com Famílias - Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto.

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: Uma abordagem ao desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Sá, E. (2003). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de século.

Sanches, M & Peixoto, M. (1996). "O Todo não é a Soma das Partes...". *Toxicodependências*, Ano 2. nº1 pp.45-65.

Schaef, A. W. (1992). *Co-dependence: misunderstood – mistreated*. San Francisco: Harper San Francisco.

Schaef, A. W. (1989). *Escape from Intimacy: the pseudo-relationship addictions – untangling the "love" addictions, sex, romance, relationships*. New York: Harper & Row.

Semedo, D., Costa, D., Castela, F., Mesquita, F., Garcez, H., Nery, M., Recacho, M. & Duarte, S. (2012, Janeiro-Março). Álcool na Família: os Filhos. *Hospitalidade*, Ano76, nº295 pp.21-26.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013a). *Plano Estratégico 2013-2015*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências: Divisão de Estatística e Investigação e Divisão de Informação e Comunicação (2013b). *Relatório Anual - 2012 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Siiger, C., Graarup, J. (2013). The experiences of family members living with a problematic alcohol drinker: a systematic review protocol of qualitative evidence. *JBIM Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 11 (3), pp.340 – 347

Vaillant, G. (1999). *A história do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Waltzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: um estudo de padrões, patologias e paradoxos de interação*. São Paulo: Editora Cultrix.

Weiner, N. (1948). *Cybernetics. Or control and communication in the animal and the machine*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

WORLD DRINK TRENDS (2005) Oxfordshire: World Advertising Research Center. Acedido em 15/05/2011 às 02 h 20 m. Disponível em: http://www.ias.org.uk/resources/publications/warc/worlddrinks_2005.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Copenhagen: WHO-EURO.

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Suíça: WHO

World Health Organization (2012). *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.

Wright, L. M., & Leahey, M. L. (2009). *Enfermeiras e Famílias* (4ª ed). São Paulo: Roca.

Documentos online:

www.idt.pt

APÊNDICES

APÊNDICE I – Diário emocional

APÊNDICE II – Grelha de observação do grupo multifamiliar

APÊNDICE III – Apresentação do projecto de estágio

APÊNDICE IV – Planeamento das sessões de família

APÊNDICE V – Plano de cuidados da família

APÊNDICE VI – Plano do grupo multifamiliar

ANEXOS

ANEXO I – Matriz Operativa do MDAIF

ANEXO II – Escala de Graffar adaptada

ANEXO III – Escala de readaptação social de Holmes e Rahe

ANEXO IV – Escala FACES II

ANEXO V – Escala APGAR familiar de Smilkstein

ANEXO VI – Questionário de auto-avaliação familiar